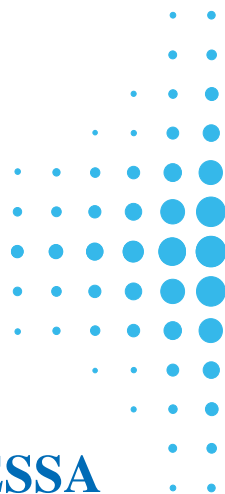


TERVEYS
HÄLSA
HEALTH
2000



ELINTAVAT JA NIIDEN VÄESTÖRYHMÄEROT SUOMESSA

Terveys 2000 -tutkimus

Helsinki
2007



Kansanterveyslaitos
Folkhälsoinstitutet
National Public Health Institute

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja

B 2/2007

Publications of the National Public Health Institute

ELINTAVAT JA NIIDEN VÄESTÖRYHMÄEROT SUOMESSA

Terveys 2000 -tutkimus

Ritva Prättälä ja Laura Paalanen, toim.

Kansanterveyslaitos
Terveiden ja toimintakyvyn osasto ja
Terveiden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyosasto
KTL-National Public Health Institute, Finland
Department of Health and Functional Capacity and
Department of Health Promotion and Chronic Disease Prevention

Helsinki 2007

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 2/2007
Copyright National Public Health Institute

Julkaisija – Utgivare – Publisher

Kansanterveyslaitos (KTL)

Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puh. vaihde (09) 47 441, faksi (09) 4744 8408

Folkhälsoinstitutet

Mannerheimvägen 166
00300 Helsingfors
Tel. växel (09) 47 441, telefax (09) 4744 8408

National Public Health Institute

Mannerheimintie 166
FI-00300 Helsinki
FINLAND
Telephone + 358 9 47 441, telefax + 358 9 4744 8408

ISBN 978-951-740-675-8 (print)
ISBN 978-951-740-676-5 (pdf)
ISSN 0359-3576

<http://www.ktl.fi/terveys2000>
<http://www.ktl.fi/portal/2920>

Taitto: Riitta Nieminen

Hakapaino Oy, Helsinki 2007

Prättälä R, Paalanen L, toim.

ELINTAVAT JA NIIDEN VÄESTÖRYHMÄEROT SUOMESSA.

Terveys 2000 -tutkimus

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 2/2007, 120 sivua

ISBN 978-951-740-675-8 (print); 978-951-740-676-5 (pdf)

ISSN 0359-3576

TIIVISTELMÄ

Raportissa kuvataan, mitkä sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä terveyden kannalta haitallisiin tai edullisiin elintapoihin. Tutkimuksen kohteena ovat tupakointi, alkoholinkäyttö, liikunta- ja ruokatottumukset, lihavuus sekä uni ja nukkuminen. Elintapoja tarkastellaan iän, sukupuolen, koulutusasteen, asuinalueen, työmarkkina-aseman ja perhetyypin mukaan muodostetuissa osaryhmissä. Raportti perustuu Terveys 2000 -tutkimuksen 30 vuotta täyttäneiden aineistoon. Mukana ovat ne 3 937 naista ja 3 175 miestä, jotka osallistuivat pitkään tai lyhyeen kotihaastatteluun tai terveystarkastukseen tai jotka palauttivat täytettynä ainakin jonkun kyselyistä.

Suomalaisten 30 vuotta täyttäneiden elintavat eivät jakautuneet tasaisesti, ja myös lihavuudessa oli selviä väestöryhmäeroja. Naisten ruokatottumukset olivat terveellisemmät kuin miesten, ja he olivat harvemmin ylipainoisia kuin miehet. Miehet tupakoivat useammin kuin naiset ja käyttivät naisia enemmän alkoholia. Ikä ei ollut yhteydessä samalla tavoin kaikkiin elintapoihin. Fyysinen aktiivisuus oli suurimmillaan juuri eläkeiän saavuttaneiden ryhmässä. Lihavuus ja unettomuusoireet, toisaalta tupakoimattomuus ja raittius, olivat sitä yleisempiä mitä vanhemmasta ryhmästä oli kyse. Päivittäistupakointi oli yleisintä nuorimmassa ryhmässä, alkoholin suurkulutus oli huomattavan yleistä 45–54-vuotialla miehillä. Koulutus oli yhteydessä ruokatottumuksiin, lihavuuteen, unihäiriöihin ja tupakointiin siten, että pitkälle koulutettujen elintavat olivat yleensä terveellisemmät kuin vähän koulutettujen. Työmarkkina-asema oli yhteydessä unihäiriöihin, alkoholinkäyttöön ja liikuntaan. Työttömät olivat muita useammin alkoholin suurkuluttajia ja nukkuivat työssäkäyviä huonommin. Eläkeläiset liikkuiivat muita useammin, mutta nukkuivat huonommin.

Elintapaerojen kaventaminen edellyttää toimia, jotka ottavat huomioon sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä johtuvat elintapamuutosten esteet. Erityisesti tulisi parantaa miesten ja vähän koulutettujen mahdollisuuksia omaksua ja ylläpitää terveyttä edistäviä elintapoja.

Asiasanat: 30 vuotta täyttäneet suomalaiset, elintavat, väestöryhmäerot

Prättälä R, Paalanen L, red.

HÄLSOBETEENDE OCH DESS SOCIODEMOGRAFISKA SKILLNADER.

I FINLAND. Hälsa 2000 -undersökningen

Folkhälsoinstitutets publikationer, B 2/2007, 120 sidor

ISBN 978-951-740-675-8 (print); 978-951-740-676-5 (pdf)

ISSN 0359-3576

SAMMANDRAG

Rapporten beskriver samband mellan sociodemografiska faktorer och hälsobeteende. Undersökningen fokuserar på rökning, alkoholkonsumtion, motion, matvanor, fetma samt sovvanor. Prevalensen av de olika delområdena inom hälsobeteende presenteras enligt ålder, kön, utbildningsnivå, bostadsregion, läge på arbetsmarknaden och familjetyp. Rapporten är baserad på data från undersökningen Hälsa 2000. Deltagarna utgörs av de 3 937 kvinnor och 3 175 män, som svarade på antingen den långa eller korta hemintervjun, deltog i hälsoundersökningen eller fyllde i åtminstone en av enkäterna.

Distributionen av de olika delområdena inom hälsobeteendet var inte jämn hos de över 30-åriga finländarna, och man kunde observera tydliga skillnader mellan befolkningsgrupper också gällande fetma. Kvinnorna hade hälsosammare matvanor och var mera sällan överviktiga än män. Männen rökte och drack alkohol mera än kvinnorna. Ålder hade inte ett likadant samband med alla livsstilar. Fysisk aktivitet konstaterades vara som störst omkring pensionsåldern. Fetma och sömnproblem, och å andra sidan nykterhet och icke-rökande, var allmännare i de äldre åldersgrupperna. I den yngsta åldersgruppen observerades mest dagliga rökare, medan storkonsumtion av alkohol var speciellt prevalent hos 45–54-åriga män. Utbildning hade samband med matvanor, fetma, sömnproblem och rökning; de högst utbildade hade oftare hälsosammare livsstil än de lägst utbildade. Läge på arbetsmarknaden hade samband med sömnproblem, storkonsumtion av alkohol och fysisk aktivitet. Arbetslösa var oftare storkonsumenter av alkohol och sov sämre än de som har arbete. Pensionärerna motionerade mera men sov sämre än de andra.

För att minska skillnaderna i hälsobeteende mellan befolkningsgrupper, behövs åtgärder som tar hänsyn till de sociala och kulturella faktorer som hindrar livsstilsförändringar. Främst bör männens och de lågutbildades möjligheter att anamma och uppehålla en hälsobefrämjande livsstil stödas.

Ämnesord: Hälsobeteende, skillnader mellan befolkningsgrupper, över 30-åriga, Finland

Prättälä R, Paalanen L, eds.

HEALTH BEHAVIOUR AND ITS SOCIO-DEMOGRAPHIC DIFFERENCES IN FINLAND. Health 2000 survey

Publications of the National Public Health Institute, B 2/2007, 120 Pages

ISBN 978-951-740-675-8 (print); 978-951-740-676-5 (pdf)

ISSN 0359-3576

ABSTRACT

The report describes associations between socio-demographic factors and health behaviours. The study is focused on smoking, alcohol consumption, physical activity, obesity and sleeping habits. Differences in health behaviours are presented by age, gender, educational level, place of residence, employment status and family status. The report is based on data from the Health 2000 survey among Finns aged at least 30 years. The results presented in this report originate from responses given by 3937 women and 3175 men in home interviews, health examination surveys or self-administered questionnaires.

Health behaviours and obesity were not distributed equally between socio-demographic groups in Finland. Women had healthier food habits and were less frequently obese than men. Men smoked more and drank more alcohol than women. Age was not consistently related to health behaviours. The group that had just reached the retirement age was the most physically active. Obesity, sleeping disturbances and, on the other hand, non-smoking and abstinence, were most common in the oldest age groups. Daily smoking was most common in the youngest group and excessive alcohol consumption among the 45 to 54-year-old men. Educational level was associated with food habits, obesity, sleeping disturbances and smoking: the group with the highest educational level had healthier behaviours than the group with the lowest educational level. Employment status was associated with sleeping disturbances, alcohol consumption and physical activity. The unemployed were more often excessive alcohol consumers than the employed; however, they exercised more often than the employed. The retired were the physically most active group. They also had most often sleeping disturbances.

Measures that take into account social and cultural factors preventing health behaviour changes are needed in order to diminish differences in health behaviours between population groups. Men and those with a low educational level need special support in adapting and maintaining healthy behaviours.

Keywords: Finns aged at least 30 years, health behaviour, socio-demographic differences

ESIPUHE

Tämä raportti on Terveys 2000 -tutkimuksen perusraporteista järjestyksessä yhdeksäs. Aikaisemmissa raporteissa on päätulosten ja menetelmien lisäksi käsitelty mm. aikuisten suunterveyttä (Suominen-Taipale ym. 2004) ja nuorten aikuisten terveyttä (Koskinen ym. 2005). Raportin on kirjoittanut Terveys 2000 -projektin Elintavat ja lihavuus -ryhmä (ELLI). ELLI-ryhmän tarkoituksena on suunnitella, koota ja toteuttaa Terveys 2000 -aineistoihin perustuvia erillistutkimuksia elintavoista, kuten ruokattumuksista, liikunnasta, tupakoinnista, alkoholinkäytöstä, nukkumistottumuksista sekä lihavuudesta. ELLI-ryhmän erityisen mielenkiinnon kohteena ovat elinolojen ja sosioekonomisten tekijöiden yhteydet elintapoihin sekä elintapojen keskinäiset yhteydet. Ryhmässä on parikymmentä jäsentä, ja heistä suuri osa on myös osallistunut tämän raportin kirjoittamiseen. ELLI-ryhmä ryhtyi valmistelemaan perusraporttia muodostaakseen paremman käsityksen Terveys 2000 -aineiston hyödyntämismahdollisuuksista, mutta raportin tarkoituksena on toki palvella muitakin kuin ryhmän jäseniä. Raportti on kirjoitettu paitsi alan tutkijoille ja asiantuntijoille, myös kaikille terveyden edistämisestä ja terveystoimittamisesta suunnittelusta kiinnostuneille. Ryhmä toivoo, että raportti antaisi lukijoille tietoa väestöryhmistä, joissa elintapamuutoksiin tarvittaisiin erityistä tukea. Raportti on pyritty kirjoittamaan asiantuntijaslangia välttäen, jotta sisältö avautuisi muillekin kuin tutkijoille. Yksityiskohtaiset tutkimukset julkaistaan tieteellisinä artikkeleina.

Elintaparaportin ja sen eri lukujen jäsentely ideoitiin ELLI-ryhmän kokouksissa. Kullekin luvulle sovittiin vastuukirjoittaja, joka kokosi ympärilleen muut kirjoittajat. Vastuukirjoittajien ensimmäisenä tehtävänä oli tehdä ehdotus niistä asioista, joista he toivoivat tilastollisia analyyseja. Laura Paalanen teki tilastolliset analyysit sovittuja periaatteita noudattaen ja toimitti tulostaulukot kirjoittajille. Toimittajat ovat muokanneet ja yhtenäistäneet käsikirjoitusten esittämistavan ja rakenteen. Painosun ja taiton viimeisteli Riitta Nieminen.

Kiitämme kaikkia raportin tekemiseen osallistuneita hyvästä yhteistyöstä. Toivomme raportin herättävän ajatuksia sekä uusista tutkimuksista että käytännön terveystoimittamisesta toimenpiteistä.

Toimittajat

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ.....	3
SAMMANDRAG	4
ABSTRACT	5
ESIPUHE.....	6
1 JOHDANTO	9
2 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	15
2.1 Terveys 2000 -tutkimus	15
2.2 Raportin laatiminen.....	19
3 RUOKATOTTUMUKSET	28
3.1 Kasvikset, leipärasva ja juusto.....	28
3.2 Makeat välipalat	37
4 LIIKUNTA JA FYYNINEN AKTIIVISUUS	44
5 LIHAVUUS JA PAINONHALLINTA	53
6 UNI JA NUKKUMINEN.....	61
7 TUPAKOINTI.....	70
8 ALKOHOLINKÄYTTÖ	79
9 POHDINTA.....	84
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	88
LIITE 1. Raportin analyysissä käytetyt kysymykset	90
LIITETAULUKKOLUETTELO	100
LIITETAULUKOT	102

1 JOHDANTO

Ritva Prättälä ja Laura Paalanen

Moni tavallinen käyttäytymisen muoto vaikuttaa terveyteen. Pitkään on tiedetty, että tupakointi, alkoholinkäyttö, vähäinen liikkuminen, runsas tyydyttyneen rasvan ja sokerin sekä vähäinen kasvisten syönti ovat suomalaisten kansansairauksien riskitekijöitä. Terveyteen vaikuttavat arkiset käyttäytymismuodot – elintavat – ovat tämän raportin aiheena. Tupakoinnin, alkoholinkäytön, liikunnan ja ruokatottumusten lisäksi tarkastelun kohteeksi on valittu lihavuus ja nukkuminen. Lihavuus ei ole elintapa, mutta se on läheisesti yhteydessä sekä ruokatottumuksiin että liikuntaan. Lihavuus on myös merkittävä kansansairauksien riskitekijä. Uni ja nukkuminen ovat viime vuosina yhä useammin nousseet kansansairauksista kiinnostuneiden asiantuntijoiden mielenkiinnon kohteiksi, mutta yleiskuva suomalaisten nukkumistottumuksista ja tottumusten väestöryhmäeroista on puuttunut.

Tämän Terveys 2000 -tutkimuksen aineistoihin perustuvan raportin tarkoituksena on antaa yleiskuva 30 vuotta täyttäneiden suomalaisten elintavoista ja niiden väestöryhmäeroista. Lisäksi raportissa pohditaan tulosten kansanterveydellistä merkitystä ja pyritään tarjoamaan aineksia sekä elintapoihin kohdistuville jatkotutkimuksille että terveyttä edistävälle politiikalle. Päämääränä on saattaa Terveys 2000 -tutkimuksen elintapoja koskevat keskeiset havainnot niistä kiinnostuneiden ulottuville.

Elintavat Kansanterveyslaitoksen tutkimuksissa

Kansanterveyslaitoksessa on 1970-luvulta alkaen tehty useita elintapoihin kohdistuneita väestötutkimuksia. Tärkeimmät 30 vuotta täyttäneeseen väestöön kohdistuneet tutkimukset ovat Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) (Hela-korpi ym. 2005), Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK) (Sulander ym. 2006) ja Finriski-tutkimus (Laatikainen ym. 2003a, Laatikainen ym. 2003b). Tutkimukset ovat poikkileikkauksia, joita on toistettu 1–5 vuoden välein. Lisäksi suomalaisten elintapoja on kuvattu Terveys 2000 -tutkimuksen edeltäjässä, Mini-Suomi-terveys-tutkimuksessa (Aromaa ym. 1989).

Terveys 2000 -tutkimuksen tarkoituksena oli hankkia ajankohtaiset tiedot 18 vuotta täyttäneiden suomalaisten tärkeimmistä sairauksista, niiden syistä ja hoitotilanteesta sekä työ- ja toimintakyvystä (Aromaa ja Koskinen 2002). Koska elintavat tiedetään keskeisiksi kansansairauksiin vaikuttaviksi tekijöiksi, Terveys 2000 -tutkimuksessa kerättiin tietoja myös elintavoista.

Tämä raportti noudattelee monessa suhteessa aiempien elintapatutkimusten antamia esikuvia. Elintapoja ja niihin vaikuttavia sosiodemografisia tekijöitä kuvaavat mitarit on valittu ensisijaisesti jo julkaistujen muiden tutkimusten perusteella, mikä

helpottaa tulosten vertailua aiempiin. Terveys 2000 -tutkimuksen elintaparaportti eroaa kuitenkin edeltäjistään joissakin ratkaisevissa kohdissa. Terveys 2000 -tutkimuksen aineisto kattaa laajemman ikäryhmän kuin aiemmat tutkimukset; samassa tutkimuksessa ovat mukana 30-vuotiaista alkaen kaikki ikäryhmät, myös yli 85-vuotiaat, jolloin alle ja yli 64-vuotiaiden keskinäinen vertailu helpottuu. Terveys 2000 -tutkimuksen osallistumisaktiivisuus oli suurempi kuin muissa laajoissa väestötutkimuksissa kuten AVTK-, EVTK- ja Finriski-tutkimuksissa. Terveys 2000 -tutkimuksessa kerättiin aiempaa enemmän tietoja myös nukkumistottumuksista, sosiodemografisista tekijöistä ja elinoloista.

Tässä julkaisussa esiteltävät tulokset täydentävät Terveys 2000 -perusraportin (Aromaa ja Koskinen 2002) antamaa kuvaa 30 vuotta täyttäneiden elintavoista ja niiden väestöryhmäeroista. Perusraportissa käsiteltiin tupakointia, krapulakokemuksia, leivän päällä käytetyn rasvan laatua ja tuoreiden kasvien käyttöä sekä terveystoimintaa (Uutela 2002) ja lihavuutta (Reunanen ym. 2002) sukupuolen ja iän mukaan. Lisäksi kuvattiin muutamien keskeisten elintapojen vaihtelua asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan (Martelin ym. 2002). Terveys 2000 -tutkimukseen sisältyi myös 18–29-vuotiaita koskenut nuorten aikuisten osatutkimus, jossa tarkasteltiin monia elintapoja, kuten ajankäyttöä, ruokatottumuksia, liikuntaa, lihavuutta ja painonhallintaa, seksuaalikäyttäytymistä ja raskauden ehkäisyä, nukkumista, tupakointia, alkoholinkäyttöä sekä huumeiden ja anabolisten steroidien käyttöä (Koskinen ym. 2005). Tässä raportissa ei kuitenkaan tarkastella alle 30-vuotiaita, koska heidän elämäntilanteensa poikkeaa monella tapaa vanhempien ikäryhmien tilanteesta: esimerkiksi koulutus on monilla kesken, ja perheasema vaihtelee lapsesta lapsiperheen vanhempaan. Siten esimerkiksi kaikille ikäryhmille soveltuvien sosiodemografisten taustamuuttujien rakentaminen olisi ollut vaikeaa. Keskeisimmät havainnot elintapojen vaihtelusta 18–29-vuotiailla sukupuolen, iän, asuinalueen, koulutusasteen ja kotitaloustyyppin mukaan on esitetty nuorten aikuisten perusraportissa (Koskinen ym. 2005), ja syventäviä, johonkin tiettyyn elintapaan kohdistuvia jatkotutkimuksia on käynnissä (esim. Kestilä ym. 2006).

Väestöryhmien väliset erot elintavoissa

Aiempien tutkimusten perusteella voidaan olettaa, että terveyttä edistävät ja kuluttavat elintavat eivät jakaudu väestössä tasaisesti, vaan vaihtelevat sosiodemografisten tekijöiden kuten sukupuolen ja koulutuksen mukaan (ks. esim. Kangas ym. 2002, Mackenbach 2002, Luoto ym. 2003). Tässä perusraportissa elintapoja tarkastellaankin keskeisten sosiodemografisten tekijöiden eli iän, sukupuolen, koulutusasteen, asuinalueen, työmarkkina-aseman ja perhetyypin mukaan muodostetuissa osaryhmissä.

Tarkastelun kohteeksi valitut sosiodemografiset tekijät kuvastavat sosiaalisen, fyysi-

sen ja kulttuurisen ympäristön eri puolia. Koulutus kuvaa toisaalta henkilön tiedollisia resursseja, joita hän voi hyödyntää pyrkiessään edistämään omaa ja perheensä terveyttä ja hyvinvointia. Hyvin koulutetuilla oletetaan tämän vuoksi olevan paremmat edellytykset omaksua terveyttä edistäviä elintapoja ja ymmärtää niitä koskevia suosituksia. Toisaalta koulutus on voimakkaasti yhteydessä ammattiin ja sitä kautta taloudellisiin voimavaroihin. Hyvässä ammattiasemassa olevilla ja hyvätuloisilla voi olla paremmat mahdollisuudet esimerkiksi syödä kasviksia ja harrastaa liikuntaa vuodenajasta riippumatta.

Työmarkkina-asema liittyy moniin tekijöihin, joilla on merkitystä elintapojen kannalta; se vaikuttaa mm. tuloihin, mahdollisuuksiin tehdä terveyttä edistäviä tai kulluttavia valintoja sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen ja tukeen. Työssä käyminen voi olla psyykkisesti ja fyysisesti kuormittavaa, mutta työttömyyskin uhkaa hyvinvointia ja altistaa riskikäyttäytymiselle. Asuinalueen maantieteellinen sijainti ja kaupunkimaisuus heijastavat henkilön fyysistä ja kulttuurista ympäristöä, ja perhetilanne kuvastaa sosiaalista lähiympäristöä, tukea ja kontrollia.

Suomalaisten elintapatutkimusten perusteella miesten elintavat ovat vähemmän terveelliset kuin naisten (Luoto ym. 2003), ts. miehet tupakoivat ja käyttävät alkoholia useammin kuin naiset ja heidän ruokavaliossaan on enemmän rasvaa ja sokeria, mutta vähemmän kasviksia kuin naisten ruokavaliossa. Vapaa-ajan liikunnanharrastuksen sukupuolierot eivät aiempien tutkimusten mukaan ole merkittäviä (Helakorpi ym. 2005, Borodulin ym. 2006). Koulutusasema on yhteydessä elintapoihin siten, että hyvin koulutettujen elintavat ovat terveellisemmät kuin vähän koulutettujen (Kangas ym. 2002). Työikäisten keskuudessa ylipaino on sitä yleisempää mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse, ja miehet ovat useammin ylipainoisia kuin naiset, vähän koulutetut useammin kuin pitkälle koulutetut (Lahti-Koski 2001). Ikäryhmän, perhetyypin tai asuinalueen mukaiset erot elintapojen terveellisyydessä ovat epäjohdonmukaisia, ne vaihtelevat elintavasta toiseen. Nukkumistottumuksia ei aiemmissa suurissa väestötutkimuksissa ole ollut mukana, joten tietoja nukkumisen väestöryhmäeroista ei ole.

Raportin rakenne

Tämä raportti on jäsennelty elintapojen mukaan, toisin sanoen raportissa on erillinen luku kustakin elintavasta. Elintapojen mukainen jäsentely on käytännöllinen, ovathan alan asiantuntijatkin yleensä erikoistuneet tupakka-, alkoholi-, liikunta-, ravitsemus-, lihavuus- tai unitutkimukseen. Elintapojen mukainen jäsentely saattaa kuitenkin vaikeuttaa elintapojen väestöryhmäerojen ja niiden taustalla olevien sosiodemografisten tekijöiden havaitsemista. Väestöryhmäeroja on korostettu jäsentelemällä elintapaluvut yhdenmukaisesti. Kussakin elintapaluvussa kuvataan kohteena olevan asian, esim. päivittäistupakoinnin tai itse käärittyjen savukkeiden polton,

yleisyys sosiodemografisten tekijöiden mukaan samassa järjestyksessä, toisin sanoen sukupuolen, iän, koulutuksen, perhetyypin, työmarkkina-aseman ja asuinpaikan mukaan muodostetuissa ryhmissä. Kirjoittajat ovat korostaneet niitä sosiodemografisia tekijöitä, joiden mukaan tarkastelun kohteena oleva elintapa vaihtelee. Siten raportista nousevat esille väestöryhmien väliset erot, eivät yhtäläisyydet. Mikäli väestöryhmäeroja ei jonkin sosiodemografisen tekijän suhteen havaittu, asia on sivuutettu maininnalla.

Raportin menetelmäosassa kuvataan elintapoja koskevan aineiston kerääminen, tulosten kannalta tarpeellisten muuttujien valinta ja muodostaminen sekä analyysien pääperiaatteet. Pohdintaosan jäsentely korostaa väestöryhmiä. Siinä tunnistetaan niitä sosiodemografisia tekijöitä, joiden mukaan kaikki elintavat vaihtelevat ja toisaalta niitä, joiden yhteydet elintapoihin ovat epäjohdonmukaisia.

Kirjallisuus

Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O ym. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki 1989.

Aromaa A, Koskinen S (toim.). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2002b3.pdf

Borodulin K, Laatikainen T, Salomaa V, Jousilahti P. Associations of leisure time physical activity, self-rated physical fitness, and estimated aerobic fitness with serum C-reactive protein among 3803 adults. *Atherosclerosis* 2006;185(2):381–387.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005. Helsinki 2005.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b18.pdf

Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S ym. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002.

Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Pirkola S, Patja K, Aromaa A. Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood. *Eur J Public Health* 2006;16(6):617–626.

Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.). Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki 2005.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b7.pdf

Laatikainen T, Tapanainen H, Alfthan G ym. FINRISKI 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveystalvelujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. 1. Peruseraportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003. Helsinki 2003a.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b7-1.pdf

Laatikainen T, Tapanainen H, Alfthan G ym. FINRISKI 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveystalvelujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. 2. Taulukkoliite. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003. Helsinki 2003b.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b7-2.pdf

Lahti-Koski M. Body mass index and obesity among adults in Finland: trends and determinants. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A12/2001. Helsinki 2001.

Luoto R, Viisainen K, Kulmala I (toim.). Sukupuoli ja terveys. Vastapaino. Tampere 2003.

Mackenbach J. Reducing inequalities in health. The European perspective. Routledge. Lontoo 2002.

Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S (toim.). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. s. 93–102.

Reunanen A, Kattainen A, Knekt P, Marniemi J, Sundvall J. Vaaratekijät. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S (toim.). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. s. 31–36.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2006. Helsinki 2006.

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b1.pdf

Uutela A. Elintavat. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S (toim.). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. s. 25–30.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tuija Martelin, Laura Paalanen ja Ritva Prättälä

Raportti perustuu Terveys 2000 -tutkimuksen 30 vuotta täyttäneitä koskevaan aineistoon, joka on kuvattu tarkemmin muualla (ks. Aromaa ja Koskinen 2002, Laiho ja Nieminen 2004, Heistaro 2005). Seuraavassa esitellään pääpiirteissään sellaisia aineiston kokoamiseen ja käsittelyyn liittyviä seikkoja, jotka ovat keskeisiä elintapoja kuvaavien muuttujien kannalta. Lisäksi tarkastellaan tässä raportissa sovellettuja tilastollisia menetelmiä ja kuvataan raportin myöhemmissä luvuissa käytettävät taustamuuttujat.

2.1 Terveys 2000 -tutkimus

Terveys 2000 -tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kattava kuva tärkeimmistä kansansairauksista, niiden syistä ja hoitotilanteesta sekä työ- ja toimintakyvystä suomalaisen aikuisväestön keskuudessa. Lisäksi tavoitteena oli selvittää terveyden ja toimintakyvyn kehitystä vertaamalla tuloksia vuosina 1978–80 toteutettuun Mini-Suomi-tutkimukseen (Aromaa ym. 1989). Tutkimuksen toteuttamiseksi koottiin laaja hankeorganisaatio, johon kuului useita keskeisiä terveysalan laitoksia, ja suunnitteluun osallistui yli sata asiantuntijaa kyseisistä laitoksista. Hanke toteutettiin Kansanterveyslaitoksen johdolla.

Tutkimuskokonaisuus sisälsi kolme osaa, jotka olivat 1) 30 vuotta täyttäneiden tutkimus, 2) Mini-Suomi-tutkimukseen 20 vuotta sitten osallistuneiden uusintatutkimus ja 3) nuorten aikuisten eli 18–29-vuotiaiden tutkimus. Lisätietoja näistä osatutkimuksista on saatavissa yllämainittujen raporttien lisäksi Terveys 2000 -tutkimuksen kotisivuilta, jotka sisältävät myös mm. tutkimuksissa käytetyt haastattelu- ja kyselylomakkeet (www.ktl.fi/terveys2000). Koska tässä raportissa käytetään vain 30 vuotta täyttäneiden aineistoa, keskitytään seuraavassa nimenomaan tämän osa-aineiston tiedonkeruun kuvaamiseen.

Otos

Koko Terveys 2000 -tutkimuksen perusjoukoksi määriteltiin Manner-Suomessa vakinaisesti asuva 18 vuotta täyttänyt väestö; ulkopuolelle rajattiin Ahvenanmaa ja ulkosaariston ilman suoraa tieyhteyttä olevat kunnat. Otanta-asetelma oli kaksiasteinen ositettu ryväotanta. Ositteina olivat ns. miljoonapiirit eli yliopistosairaaloiden vastuualueet (Helsingin yliopistollisen keskussairaalan vastuualue, Turun yliopistollisen keskussairaalan vastuualue, Tampereen yliopistollisen sairaalan vastuualue, Kuopion yliopistollisen sairaalan vastuualue ja Oulun yliopistollisen sairaalan vas-

tualue). Näiden alueellisten ositteiden sisällä rypäinä olivat terveyskeskuspiirit (kunnat tai terveyskeskusta ylläpitävät kuntayhtymät), joita on koko maassa yhteensä 249.

Otannan ensimmäisessä asteessa poimittiin yhteensä 80 terveyskeskuspiiriä (ryvästä) siten, että koko maan 15 asukasluvultaan suurimman kaupungin terveyskeskuspiirit poimittiin otokseen todennäköisyydellä 1 ja lopputulos eli yhteensä 65 terveyskeskuspiiriä poimittiin kussakin ositteessa systemaattisella PPS-otannalla, suhteellisella kiintiöintimenettelyllä. Otokseen poimitut alueet käyvät ilmi kuviosta 2.1.1. Otannan toisessa vaiheessa poimittiin ensimmäisessä vaiheessa otokseen tulleista rypäistä henkilöt käyttäen systemaattista otantaa. Jokaisessa terveyskeskuspiirissä 80 vuotta täyttäneitä poimittiin kaksinkertaisella todennäköisyydellä, jotta iäkkäitä saataisiin otokseen riittävästi. 30 vuotta täyttäneiden otoskoko oli 8028, ja 18–29-vuotiaita oli otoksessa 1 894 (tarkempia tietoja otanta-asetelmasta ks. Laiho ja Djerf 2004, Laiho ym. 2005).

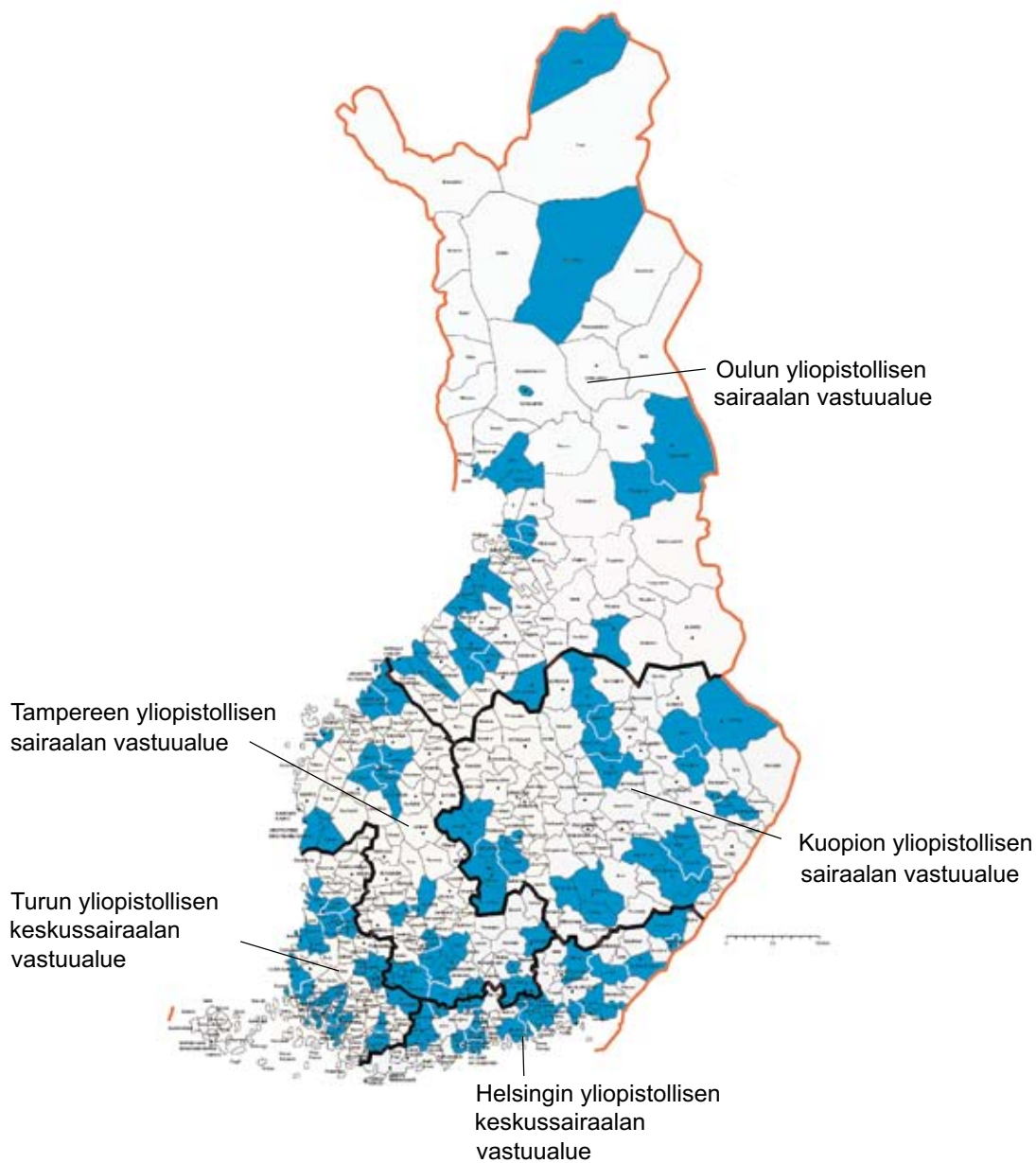
Ositus mahdollisti koko Manner-Suomen väestöä edustavan otoksen poiminnan, ja ryvästyksen tarkoituksena oli helpottaa etenkin tutkimukseen liittyvää kenttätöitä (kohtuulliset matkaetäisyydet jne.). Toisaalta kaksivaiheinen otanta aiheuttaa samasta rypästä poimittujen havaintoyksiköiden välille riippuvuutta, joka on otettava huomioon aineiston tilastollisessa analyysissä.

Tutkimuksen vaiheet ja osallistumisaktiivisuus

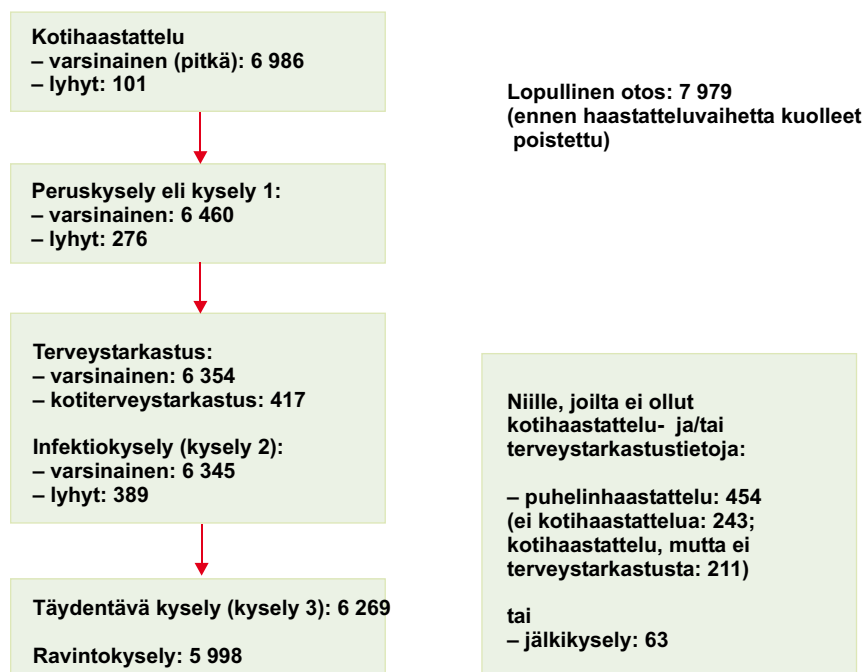
Terveys 2000 -tutkimuksessa kerättiin tietoja haastattelujen, itse täytettävien kyselyiden ja monivaiheisen terveystarkastuksen avulla (kuvio 2.1.2). Lisäksi näin saatuihin tietoihin on yhdistetty rekisteritietoja, ja tietojen keruuta on jatkettu varsinaisen tutkimuksen jälkeen tehdyissä, osaotoksiin kohdistuneissa syventävissä tutkimuksissa. 30 vuotta täyttäneiden tutkimuksen vaiheet ja niiden sisällöt on kuvattu yksityiskohtaisesti muualla (Heistaro 2005). Tämän raportin analyyseissä käytetyt kysymykset on esitetty liitteessä 1.

Tutkimus alkoi Tilastokeskuksen haastattelijoiden tekemällä kotikäyntihaastattelulla, jonka yhteydessä sovittiin terveystarkastusajasta ja jätettiin peruskyselylomake itse täytettäväksi (kysely 1). Terveystarkastus tehtiin muutaman viikon kuluttua haastattelusta, ja se sisälsi oirehaastattelun, eräitä perusmittauksia (pituus, paino, verenpaine jne.), laboratoriotutkimuksia, suun tutkimuksen, toimintakykymittauksia, kliinisen tutkimuksen ja mielenterveyshaastattelun. Lisäksi terveystarkastuksen yhteydessä tutkimukseen osallistuneet täyttivät infektiokyselyn (kysely 2) ja saivat mukaansa kotona täytettäväksi täydentävän kyselyn (kysely 3) ja erillisen ravintokyselyn.

Kuvio 2.1.1. Terveys 2000 -tutkimuksen tutkimusalueet ja yliopistollisten sairaaloiden vastuualueet.



Kuvio 2.1.2. Terveys 2000 -tutkimuksen vaiheet ja niihin osallistuneiden määrät (30 vuotta täyttäneet; lähde: Koskinen ym. 2005).



Erilaisten täydentävien tiedonkeruumenetelmien avulla pyrittiin turvaamaan mahdollisimman suuri osallistumisaktiivisuus. Jos henkilö ei päässyt varsinaiseen terveystarkastukseen, hän saattoi osallistua kotona tehtävään suppeampaan tarkastukseen (kotiterveystarkastus). Myös kotikäyntihaastattelusta oli mahdollista käyttää tarvittaessa lyhyempää versiota, kuten myös peruskyselystä ja infektiokyselystä. Edellä kuvatuista tutkimuksen varsinaisista vaiheista poisjääneiltä pyrittiin saamaan keskeisimpiä tietoja puhelinhaastattelun tai jälkikyselyn avulla. Osallistumisaktiivisuus olikin varsin hyvä: 30 vuotta täyttäneiden lopullisesta otoksesta (ennen kenttätöyön alkua kuolleiden poistamisen jälkeen 7 979) 89 % osallistui joko pitkään tai lyhyeen kotihaastatteluun, 80 % osallistui varsinaiseen terveystarkastukseen ja lisäksi 5 % kotiterveystarkastukseen. Joko varsinaisen tai lyhyen peruskyselyn (kysely 1) ja infektiokyselyn (kysely 2) täytti yli 84 %, täydentävän kyselyn (kysely 3) palautti lähes 79 % ja ravintokyselyn yli 75 % otoksesta. Johonkin edellä mainittuun tutkimuksen vaiheeseen osallistuneita oli runsaat 89 % lopullisesta otoksesta. Kun myös puhelinhaastattelu ja jälkikysely otetaan huomioon, keskeisimmät tiedot saatiin yhteensä 7415:ltä otokseen kuuluneelta eli lähes 93 %:lta. Vaikka kato kokonaisuudessaan olikin varsin pieni, tulosten yleistettävyyttä heikentää jonkin verran se,

että osallistumisaktiivisuus oli erilainen eri väestöryhmissä. Puhelinhaastattelujen ja jälkikyselyn tuottamien lisävastausten jälkeenkin katoon jääneiden osuus oli suurin niillä henkilöillä, jotka olivat olleet useita viikkoja työttömänä, pienituloisilla, muihin kieliryhmiin kuin suomen-, ruotsin- ja saamenkielisiin kuuluvilla sekä niillä, joiden sosioekonomista asemaa tai perheasemaa ei pystytty luokittelemaan. (Koskinen ym. 2005).

2.2 Raportin laatiminen

Aineisto

Tässä raportissa käytettävän aineiston muodostavat ne Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneet 30 vuotta täyttäneet henkilöt, jotka osallistuivat pitkään tai lyhyeen kotihaastatteluun tai terveystarkastukseen (tutkimuspaikalla tai kotona) tai jotka palauttivat täytettynä ainakin jonkin kyselyistä. Sen sijaan pelkästään puhelinhaastatteluun tai jälkikyselyyn osallistuneet on jätetty tämän tarkastelun ulkopuolelle, koska nämä lomakkeet sisälsivät niukasti tässä raportissa käytettäviä elintapoja kuvaavia muuttujia eikä näihin tutkimusvaiheisiin osallistuneiden henkilöiden ottaminen tutkimusaineistoon olisi siis juurikaan kasvattanut havaintojen määrää. Näin ollen aineistoon kuuluu yhteensä 7 112 henkilöä (3 937 naista ja 3 175 miestä). Aineiston ikä- ja sukupuolijakauma selviävät taulukosta 2.2.1.

Taulukko 2.2.1. Aineiston jakauma (% , N) iän ja sukupuolen mukaan¹.

Sukupuoli	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	Yht. (N)
Miehet							
%	35,0	26,6	17,4	12,1	6,8	2,1	100
(N)	(1 111)	(844)	(553)	(384)	(216)	(67)	(3 175)
Naiset							
%	30,9	22,3	15,7	13,0	12,2	6,0	100
(N)	(1 215)	(877)	(618)	(510)	(480)	(237)	(3 937)
Yhteensä							
%	32,7	24,2	16,5	12,6	9,8	4,3	100
(N)	(2 326)	(1 721)	(1 171)	(894)	(696)	(304)	(7 112)

¹ lukumäärät ja osuudet ovat painottamattomia

Tässä raportissa käsiteltävät elintapoja kuvaavat muuttujat ovat peräisin eri tiedonkeruuvaiheista, minkä vuoksi havaintojen määrä vaihtelee jonkin verran eri taulukoissa. Kasvisten, leipärasvan ja juuston käyttöä sekä tupakointia koskevat tiedot on kerätty kotihaastattelun yhteydessä, makeiden elintarvikkeiden käyttöä, liikuntaa, alkoholinkäyttöä ja painonhallintaa koskevat kysymykset sisältyvät peruskysely-

lyyn (kysely 1), ja unta ja nukkumista koskevat tiedot on saatu täydentävän kyselyn avulla (kysely 3). Pituus ja paino on mitattu terveystarkastuksen yhteydessä, mutta jos terveystarkastustiedot puuttuvat, on käytetty tutkittavan itsensä peruskyselyssä ilmoittamia tietoja. Taulukkoon 2.2.2 on koottu yhteenveto siitä, missä tiedonkeruuvaiheissa eri elintapoja sekä taustamuuttujia koskevat tiedot on kerätty, ja liitteessä 1 on esitetty kaikki alkuperäiset kysymykset, joiden pohjalta raportissa käytetyt muuttajat on muodostettu.

Taulukko 2.2.2. Taustatietojen ja elintapoja koskevien tietojen kerääminen eri tutkimusvaiheissa.

Tutkimusvaihe	Tausta- ja elintapatiedot
1. Otanta	Ikä, sukupuoli, asuinpaikka
2. Kotihaastattelu	Koulutus, perhetyyppi, työmarkkina-asema Kasvisten, leipärasvojen ja juuston käyttö (luku 3.1) Tupakointi (luku 7)
3. Peruskysely (kysely 1)	Makeat välipalat (luku 3.2) Liikunta ja fyysinen aktiivisuus (luku 4) Painonhallinta, itseraportoitu paino ja pituus (luku 5) Alkoholinkäyttö (luku 8)
4. Terveystarkastus	Paino, pituus ja vyötärönympäryys (luku 5)
5. Täydentävä kysely (kysely 3)	Uni ja nukkuminen (luku 6)

Tilastolliset menetelmät

Tässä raportissa esiteltävät tulokset perustuvat analyysieihin, jotka tuotettiin keskitetysti Kansanterveyslaitoksen Terveiden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osastolla (ETEO). Tilastolliset analyysit tehtiin Stata-ohjelmalla (Stata 8, 2003). Se ottaa huomioon kaksivaiheisesta otanta-asetelmasta johtuvan havaintoyksiköiden välisen riippuvuuden sekä mahdollistaa painotuksen käytön, jolla voidaan korjata aineiston ikä-, sukupuoli-, alue- ja kielijakaumia vastaamaan perusjoukon todellisia jakaumia. Elintapoja kuvaavista vastemuuttujista tuotettiin ensin iän ja sukupuolen mukaiset jakaumat tai (jatkuvista muuttujista) keskiarvot SVYTAB- ja SVYMEAN-ohjelmilla. Luokiteltujen muuttujien välisten riippuvuuksien testaamisessa käytettiin Pearsonin χ^2 -testiä Raon ja Scottin toisen asteen korjauksella. Toisessa vaiheessa tarkasteltiin tutkittavien ilmiöiden vaihtelua eräiden muiden taustamuuttujien mukaan erikseen miehillä ja naisilla käyttämällä mallivakiointia (Lee 1981, Korn ja Graubard 1999). Tässä menetelmässä jokaiselle yksilölle lasketaan ennustearvo käyttämällä regressiomallia ja yksilön kovariaattiarvoja. Mallivakioitu keskiarvo tai prevalenssi on näiden yksilöllisten ennustearvojen keskiarvo. Sekoittavien tekijöiden erilaiset jakaumat tarkasteltavan taustamuuttujan eri luokissa voidaan vakioda asettamalla

mallivakioinnissa taustamuuttujan, kuten esim. koulutusmuuttujan, arvo johonkin tiettyyn luokkaan, laskemalla mallivakioitu tunnusluku olettaen esim. ”kaikki ovat korkeasti koulutettuja” ja toistamalla sama toimenpide muiden koulutusluokkien kohdalla. Tuloksena saatavat tunnusluvut ovat vertailukelpoisia, koska regressiomallissa käytettyjen sekoittavien tekijöiden – kuten esim. iän – jakaumat ovat samat jokaisen koulutusluokan kohdalla. Regressiomallien tapauksessa riippuvuuksien testaamisessa käytettiin otanta-asetelman huomioivia adjustoituja Waldin testejä.

Taustamuuttujat

Elintapojen väestöryhmittäisen vaihtelun tarkastelemiseksi muodostettiin koulutus-astetta, perhetyyppiä, työmarkkina-asemaa ja asuinaluetta kuvaavat muuttujat.

Yhteenvedo taustamuuttujien muodostamisesta on esitetty taulukossa 2.2.3.

Taulukko 2.2.3. Taustamuuttujien muodostaminen.

Tausta- muuttuja	Muuttujan muo- dostamisessa käytetyt tiedot (kysymysnume- rot, ks. liite 1)	Muuttujan luokat	Luokkien sisältö
Koulutus	Pohjakoulutus (AC01), amma- tillinen koulutus (AC02)	1. Perusaste	Ei ylioppilastutkintoa, enintään ammattikurssi tai työpaikkakoulutus
		2. Keskiaste	Ammattikoulu, oppisopimuskoulutus, näyttötut- kinto, ammatillinen koulu, erikoisammattitutkinto Ylioppilastutkinto ja enintään ammattikurssi tai työpaikkakoulutus
		3. Korkea-aste	Ammatillinen opistotutkinto, ammatti- tai akatee- minen korkeakoulututkinto
Perhetyyppi, 30–64-vuo- tiaat	Siviilisäätö (AA01), kotitalou- den koko (AB01) ja ikärakenne (AB02)	1. Parisuhteessa, lapsia	Avo- tai avioliitossa olevat, joiden kotitalouteen kuuluu alle 18-vuotiaita
		2. Parisuhteessa, ei lapsia	Avo- tai avioliitossa olevat, joiden kotitalouteen ei kuulu alle 18-vuotiaita
		3. Yksinhuoltajat	Ei avo- tai avioliitossa, kotitalouteen kuuluu alle 18-vuotiaita
		4. Muut yhdessä asuvat	Ei avo- tai avioliitossa, kotitalouteen ei kuulu alle 18-vuotiaita, mutta ei asu yksin
		5. Yksinasuvat	Kotitalouteen kuuluu vain yksi henkilö
Perhetyyppi, 65 vuotta täyttäneet	Siviilisäätö (AA01), kotitalou- den koko (AB01)	1. Parisuhteessa	Avo- tai avioliitossa olevat
		2. Muut yhdessä asuvat	Ei avo- tai avioliitossa, kotitalouteen kuuluu muita henkilöitä
		3. Yksinasuvat	Kotitalouteen kuuluu vain yksi henkilö

taulukko 2.2.3. jatkoa

Tausta- muuttuja	Muuttujan muo- dostamisessa käytetyt tiedot (kysymysnume- rot, ks. liite 1)	Muuttujan luokat	Luokkien sisältö
Työmarkkina- asema	Pääasiallinen toiminta (AD01)	1. Työssä	Koko- tai osapäivätyössä
		2. Työtön	Työtön tai lomautettu
		3. Eläkkeellä	Eläkkeellä (eläkelajista riippumatta)
		4. Muut	Muut ryhmät, mm. opiskelijat ja omaa kotitaloutta tai perheenjäsentä hoitavat
Asuinalue	Asuinkunta (otostieto)	1. Etelä-Suomi, kaupunkimaiset kunnat	Helsingin yliopistollisen keskussairaalan vastuu- alue, kaupunkimaiset kunnat
		2. Etelä-Suomi, maaseutumaiset kunnat	Helsingin yliopistollisen keskussairaalan vastuu- alue, taajaan asutut tai maaseutumaiset kunnat
		3. Länsi-Suomi, kaupunkimaiset kunnat	Turun ja Tampereen yliopistollisten sairaaloiden vastuualueet, kaupunkimaiset kunnat
		4. Länsi-Suomi, maaseutumaiset kunnat	Turun ja Tampereen yliopistollisten sairaaloiden vastuualueet, taajaan asutut tai maaseutumaiset kunnat
		5. Itä- ja Pohjois- Suomi, kaupunki- maiset kunnat	Kuopion ja Oulun yliopistollisten sairaaloiden vastuualueet, kaupunkimaiset kunnat
		6. Itä- ja Pohjois- Suomi, maaseutu- maiset kunnat	Kuopion ja Oulun yliopistollisten sairaaloiden vastuualueet, taajaan asutut ja maaseutumaiset kunnat

Koulutusastetta kuvataan kolmiluokkaisella muuttujalla (perus-, keski- ja korkea-aste), joka on muodostettu tutkittavan kotihaastattelussa ilmoittamien pohja- ja ammatillista koulutusta koskevien tietojen avulla. Perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin henkilöt, joilla ei ollut ylioppilastutkintoa ja joiden ammatillinen koulutus käsitti enintään ammattikurssin tai työpaikkakoulutuksen. Korkea-asteen koulutus kattaa sekä ammatilliset opistotutkinnot että ammatti- ja akateemiset korkeakoulututkinnot; keskiasteen koulutuksen saaneiden ryhmä koostuu niistä henkilöistä, joiden koulutustaso sijoittuu perus- ja korkea-asteen väliin. Noin 60 %:lla 30 vuotta täyttäneistä naisista ja miehistä oli jokin perusasteen jälkeinen tutkinto, ja koulutus-taso oli sitä korkeampi, mitä nuoremmasta ikäryhmästä oli kyse (taulukko 2.2.4).

Taulukko 2.2.4. Koulutusasteen jakauma (%) iän ja sukupuolen mukaan¹.

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	Yht. (N)
Miehet							
Perusaste	18,0	38,1	50,2	70,8	71,6	79,1	40,3 (1273)
Keskiaste	50,1	37,5	29,7	20,4	17,7	14,9	36,7 (1159)
Korkea-aste	31,9	24,4	20,1	8,9	10,7	6,0	23,1 (729)
Yht.	100	100	100	100	100	100	100
(N)	(1 105)	(843)	(548)	(383)	(215)	(67)	(3161)
Naiset							
Perusaste	13,5	34,0	53,7	72,4	78,3	79,7	43,8 (1712)
Keskiaste	36,0	30,0	24,5	17,8	13,7	11,0	26,3 (1029)
Korkea-aste	50,6	36,0	21,8	9,9	8,0	9,3	29,9 (1170)
Yht.	100	100	100	100	100	100	100
(N)	(1 210)	(876)	(616)	(507)	(475)	(227)	(3911)

¹ lukumäärät ja osuudet ovat painottamattomia

Perhetyyppiluokitus muodostettiin siviilisäätystä ja kotitalouden kokoa sekä sen ikärakennetta kuvaavien muuttujien avulla. Koska perherakenne on voimakkaasti yhteydessä ikään, perhetyyppimuuttuja muodostettiin eri tavalla 30–64-vuotiailla ja 65 vuotta täyttäneillä. 30–64-vuotiailla käytetään viisiluokkaista muuttujaa: 1) parisuhteessa (eli avo- tai avioliitossa) olevat, joiden kotitalouteen kuuluu alle 18-vuotiaita, 2) parisuhteessa olevat, joiden kotitalouteen ei kuulu alle 18-vuotiaita, 3) yksinhuoltajat, joka tässä tarkoittaa siviilisäädyltään muita kuin parisuhteessa eläviä henkilöitä, joiden kotitalouteen kuuluu alle 18-vuotiaita, 4) muut yhdessä asuvat, joka sisältää mm. vanhempiensa kanssa tai erilaisissa toveriasunnoissa asuvat henkilöt, ja 5) yksin asuvat. Koska kotitaloudessa asuvien henkilöiden keskinäisistä perhesuhteista ei ole tietoa, luokkien nimitykset ovat lähinnä suuntaa-antavia. Esimerkiksi yksinhuoltaja, joka asuu 18 vuotta täyttäneen lapsensa kanssa, tulee luokitelluksi ryhmään 'muu yhdessä asuva', ja parisuhteessa elävä, jonka kotona asuvat lapset ovat täysi-ikäisiä, luokitellaan lapsettomaksi. 65 vuotta täyttäneillä käytettiin kolmiluokkaista muuttujaa (avio- tai avioliitossa, muut yhdessä asuvat ja yksin asuvat). Runsas kolmannes 30–64-vuotiaista miehistä ja naisista eli parisuhteessa ja kotitalouteen kuului alaikäisiä lapsia, ja lapsettomia parisuhteessa eläviä oli suunnilleen saman verran (taulukko 2.2.5). Yksin asui lähes viidennes; yksinhuoltajia oli noin 5 % naisista, mutta alle 2 % miehistä. Selvästi suurempi osuus 65 vuotta täyttäneistä miehistä kuin naisista oli avio- tai avioliitossa (taulukko 2.2.6). Yksin asuvien osuus kasvoi eläkeikäisillä iän myötä, ja se oli iäkkäillä naisilla suurempi kuin miehillä.

Taulukko 2.2.5. Perhetyypin jakauma (%) iän ja sukupuolen mukaan 30–64-vuotiailla¹.

	30–44	45–54	55–64	Yht. (N)
Miehet				
Parisuhteessa, lapsia	56,9	33,0	6,1	37,6 (935)
Parisuhteessa, ei lapsia	13,7	43,1	69,9	36,0 (894)
Yksinhuoltaja	2,1	1,8	0	1,5 (38)
Muut yhdessä asuvat	6,6	4,9	4,6	5,6 (138)
Yksin asuvat	20,8	17,3	19,5	19,3 (479)
Yht.	100	100	100	100
(N)	(1 099)	(840)	(545)	(2 484)
Naiset				
Parisuhteessa, lapsia	62,5	25,1	2,1	36,6 (989)
Parisuhteessa, ei lapsia	13,6	48,7	64,8	36,6 (989)
Yksinhuoltaja	8,5	3,5	0,5	5,1 (137)
Muut yhdessä asuvat	3,9	5,5	4,4	4,5 (122)
Yksin asuvat	11,5	17,1	28,3	17,2 (463)
Yht.	100	100	100	100
(N)	(1 209)	(875)	(616)	(2 700)

¹ lukumäärät ja osuudet ovat painottamattomia; laitoksessa asuvat eivät sisälly tähän luokitukseen

Taulukko 2.2.6. Perhetyypin jakauma (%) iän ja sukupuolen mukaan 65 vuotta täyttäneillä¹.

	65–74	75–84	85+	Yht. (N)
Miehet				
Parisuhteessa	76,5	72,2	30,4	71,1 (455)
Muut yhdessä asuvat	2,6	3,9	5,4	3,3 (21)
Yksin asuvat	20,8	23,9	64,3	25,6 (164)
Yht.	100	100	100	100
(N)	(379)	(205)	(56)	(640)
Naiset				
Parisuhteessa	47,6	25,1	6,9	32,4 (361)
Muut yhdessä asuvat	4,6	8,5	12,7	7,4 (82)
Yksin asuvat	47,8	66,4	80,4	60,2 (670)
Yht.	100	100	100	100
(N)	(502)	(438)	(173)	(1 113)

¹ lukumäärät ja osuudet ovat painottamattomia; laitoksessa asuvat eivät sisälly tähän luokitukseen

Työmarkkina-aseman luokitus perustui haastatteluhetken pääasiallista toimintaa kuvaavaan muuttujaan. Se oli neliluokkainen: työssä olevat (koko- tai osapäivätyö), työttömät tai lomautetut, eläkkeellä olevat (eläkelajista riippumatta) ja muut, joka sisältää mm. opiskelijat ja omaa kotitaloutta tai perheenjäsentä hoitavat. Noin 80 % 30–54-vuotiaista oli tutkimushetkellä työssä, 55–64-vuotiaista noin 40 % (taulukko 2.2.7). Työttömiä oli noin 10 %; ryhmään 'muut' kuului 13 % 30–44-vuotiaista naisista, mikä viitannee lähinnä lasten kotihoitoon tässä elämänvaiheessa. Eläkkeellä oli jo lähes puolet 55–64-vuotiaista.

Taulukko 2.2.7. Työmarkkina-aseman jakauma (%) iän ja sukupuolen mukaan 30–64-vuotiailla¹.

	30–44	45–54	55–64	Yht. (N)
Miehet				
Työssä	86,0	80,3	39,5	73,9 (1844)
Työtön	8,3	9,0	10,8	9,1 (227)
Eläkkeellä	2,5	9,4	48,5	14,9 (373)
Muut	3,2	1,3	1,3	2,1
Yht.	100	100	100	100
(N)	(1 105)	(843)	(549)	(2 497)
Naiset				
Työssä	75,4	80,5	38,6	68,7 (1 856)
Työtön	10,0	11,4	9,9	10,4 (282)
Eläkkeellä	1,6	5,0	48,7	13,4 (363)
Muut	13,1	3,1	2,8	7,5 (202)
Yht.	100	100	100	100
(N)	(1 211)	(876)	(616)	(2 703)

¹ lukumäärät ja osuudet ovat painottamattomia

Asuinkunnat luokiteltiin kuuteen ryhmään toisaalta maantieteellisen sijainnin ja toisaalta kunnan kaupunkimaisuuden mukaan. Maantieteellisen jaon pohjana käytettiin yliopistosairaaloiden vastuualuejakoa eli miljoonapiirijakoa, jonka perusteella muodostettiin myös ositteet Terveys 2000 -aineiston otosta poimittaessa (vrt. kuvio 2.1.1). Alkuperäinen viisiluokkainen ryhmitys karkeistettiin kolmiluokkaiseksi. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan vastuualue – josta jatkossa käytetään nimitystä Etelä-Suomi – pidettiin erillisenä; siihen kuuluvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin lisäksi Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan piirit. Tässä raportissa Länsi-Suomeksi nimitetty alue koostuu Turun ja Tampereen yliopistollisten sairaaloiden vastuualueista, ja siihen kuuluvat Varsinais-Suomen, Satakunnan, Kanta-Hämeen, Päijät-Hämeen, Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit. Itä- ja

Pohjois-Suomeksi kutsuttava alue käsittää Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloiden vastuualueet, ja siihen kuuluvat muut Manner-Suomen sairaanhoitopiirit (myös Keski-Suomen ja Keski-Pohjanmaan piirit, joten nimitys Itä- ja Pohjois-Suomi on hie-man epätarkka). Nämä kolme aluetta jaettiin lisäksi Tilastokeskuksen tilastollisen kuntaryhmituksen (Tilastokeskus: Alueluokitukset) mukaan toisaalta kaupunkimai-siin kuntiin, joiden väestöstä vähintään 90 prosenttia asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000, ja toisaalta muihin eli taajaan asuttuihin tai maaseutumaisiin kuntiin; yksinkertaisuuden vuoksi jälkimmäisestä ryhmästä käyte-tään raportin myöhemmissä osissa nimitystä ”maaseutumaiset kunnat”. Etelä-Suo-men kaupunkimaisissa kunnissa asui runsas neljännes miehistä ja naisista (taulukko 2.2.8); pienin ryhmä oli Etelä-Suomen muuntyyppisissä kunnissa asuvat.

Taulukko 2.2.8. Asuinalueen jakauma (%) iän ja sukupuolen mukaan¹.

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	Yht. (N)
Miehet							
Etelä-Suomi, kaupunkimaiset	28,8	27,1	24,8	21,9	21,8	17,9	26,1 (829)
Etelä-Suomi, muut	5,0	5,7	5,2	7,8	10,2	10,5	6,0 (191)
Länsi-Suomi, kaupunkimaiset	21,7	20,4	19,7	19,8	20,8	14,9	20,6 (653)
Länsi-Suomi, muut kunnat	13,1	14,5	16,3	17,5	17,6	25,4	15,1 (479)
Itä- ja Pohjois-Suomi, kaupun-kimaiset	12,2	12,4	13,4	10,4	9,3	13,4	12,1 (383)
Itä- ja Pohjois-Suomi, muut kunnat	19,4	19,9	20,6	22,7	20,4	17,9	20,2 (640)
Yht.	100	100	100	100	100	100	100
(N)	(1 111)	(844)	(553)	(384)	(216)	(67)	(3 175)
Naiset							
Etelä-Suomi, kaupunkimaiset	29,5	28,7	26,7	20,4	23,1	21,1	26,4 (1 040)
Etelä-Suomi, muut	4,6	5,7	5,0	5,5	5,2	5,9	5,2 (204)
Länsi-Suomi, kaupunkimaiset	23,3	22,5	24,0	23,9	23,3	24,9	23,4 (921)
Länsi-Suomi, muut kunnat	11,9	13,1	14,4	14,7	15,6	18,6	13,8 (543)
Itä- ja Pohjois-Suomi, kaupun-kimaiset	13,3	12,8	12,3	14,1	11,5	13,9	12,9 (509)
Itä- ja Pohjois-Suomi, muut kunnat	17,5	17,2	17,6	21,4	21,3	15,6	18,3 (720)
Yht.	100	100	100	100	100	100	100
(N)	(1 215)	(877)	(618)	(510)	(480)	(237)	(3 937)

¹ lukumäärät ja osuudet ovat painottamattomia

Kirjallisuus

Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mätkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki ja Turku, 1989.

Aromaa A, Koskinen S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki. verkkojulkaisu: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2002b3.pdf

Korn EL, Graubard BI. Analysis of Health Surveys. John Wiley & Sons. New York, 1999.

Heistaro S. (toim.) Menetelmäraportti. Terveys 2000 –tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki. verkkojulkaisu: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf

Koskinen S, Laiho J, Rinne S, Kuosmanen N, Alha P, Rissanen H. Osallistuminen sekä täydentävä tietojenkeruu ja muut keinot osallistumisaktiivisuuden lisäämiseksi. Teoksessa Heistaro S. (toim.) Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki. s. 133–148. verkkojulkaisu: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf

Laiho J, Djerf K. Otanta-asetelma. Teoksessa Laiho J, Nieminen T. (toim.) Terveys 2000 -tutkimus. Aikuisväestön haastatteluaineiston tilastollinen laatu. Otanta-asetelma, tiedonkeruu, vastauskato ja estimointi- ja analyysiasetelma. Tilastokeskus, Tutkimuksia 239, 2004. s. 21–27.

Laiho J, Djerf K, Lehtonen R. Otanta-asetelma. Teoksessa Heistaro S. (toim.) Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki. s. 15–17. verkkojulkaisu: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf

Laiho J, Nieminen T. (toim.) Terveys 2000 -tutkimus. Aikuisväestön haastatteluaineiston tilastollinen laatu. Otanta-asetelma, tiedonkeruu, vastauskato ja estimointi- ja analyysiasetelma. Tilastokeskus, Tutkimuksia 239, 2004.

Lee J. Covariance adjustment of rates based on the multiple logistic regression model. J Chronic Dis. 1981;34(8):415-26.

Stata 8, Getting started with Stata for Windows manual. Stata Press, 2003.

Tilastokeskus: Alueluokitukset. http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/index_alue.html

3 RUOKATOTTUMUKSET

3.1 Kasvikset, leipärasva ja juusto

Eva Roos, Ritva Prättälä ja Laura Paalanen

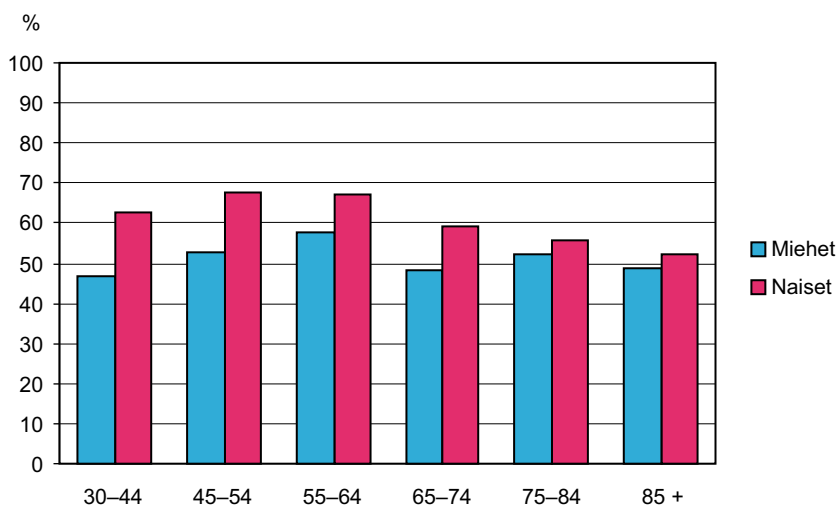
Ruokatottumuksia selvitettiin sekä kotihaastattelussa että peruskyselyssä, mutta kummastakaan ei ollut mahdollisuutta tehdä yksityiskohtaista ruoankäyttötutkimusta. Lisäksi ruoankäyttöä selvitettiin erillisellä frekvenssityyppisellä ravinnonkäyttökyselyllä. Tämän raportin tulokset perustuvat kotihaastattelussa saatuihin tietoihin ruokatottumuksista. Kotihaastattelun kysymykset painoutuivat sellaisten ruokien käyttöön, joista on olemassa kansalliset ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 1998). Tässä raportissa esitellään tuloksia kolmen ravinnon terveellisuuden kannalta keskeisen tottumuksen yleisyydestä: tuoreiden kasvien käyttö, margariinin ja kevytlevitteen käyttö leivällä sekä vähärasvaisen juuston käyttö. Tuoreiden kasvien käyttöä selvitettiin kysymällä, miten usein vastaaja oli syönyt vihanneksia ja juureksia viimeksi kuluneen viikon aikana sellaisenaan, raasteena tai tuoresalaattina. Tässä tarkastellaan tuoreiden kasvien päivittäistä käyttöä. Rasvan käyttö arvioitiin kysymällä, mitä rasvaa vastaaja enimmäkseen käytti leivällä. Margariinin, kevytlevitteen ja kasvistanolimargariinin käyttöä suositellaan, kun taas voin tai voi-kasviöljyseoksen käyttöä ei suositella. Tässä tarkastellaan margariinin, kevytlevitteen ja kasvistanolimargariinin käyttöä leipärasvana. Juuston kulutus arvioitiin kysymällä, kuinka usein vastaajat söivät juustoa, ja millaista juustoa he tavallisesti söivät (normaalirasvaista, vähärasvaista eli alle 20 % rasvaa sisältävää juustoa vai kasvirasvajuustoa). Vähärasvaista juustoa suositellaan jokapäiväiseen ruokavalioon kalsiumin saannin turvaamiseksi. Tässä tarkastellaan vähärasvaisen juuston tai kasvirasvajuuston päivittäiskäyttöä.

Tuoreiden kasvien käyttö

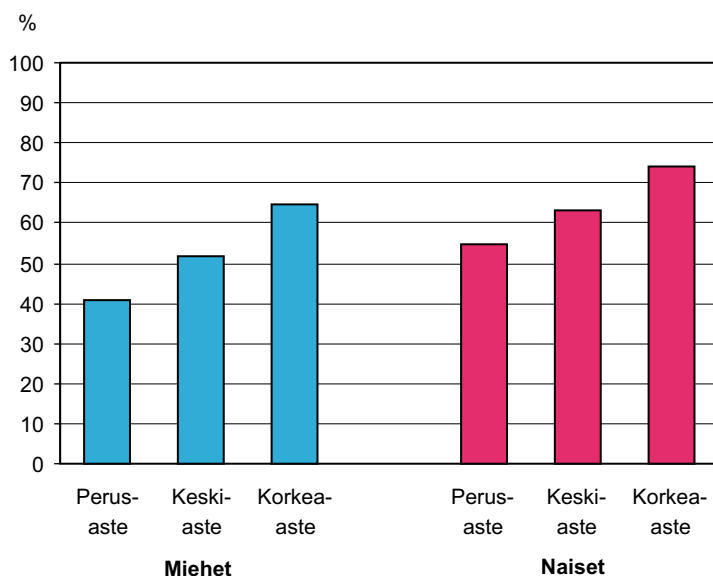
Naisista 63 % ja miehistä 51 % ilmoitti käyttävänsä tuoreita kasviksia päivittäin. Toisaalta naisista 6 % ja miehistä 10 % ei syönyt lainkaan tuoreita kasviksia edellisen viikon aikana. Tuoreiden kasvien päivittäinen käyttö oli yleisintä naisilla 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä ja miehillä 55–64-vuotiailla. Suurimmat naisten ja miesten väliset erot havaittiin nuorimmissa ikäryhmissä ja pienimmät yli 75-vuotiailla (kuvio 3.1.1).

Tuoreiden kasvien päivittäiskäyttö oli yleisintä korkea-asteen koulutuksen saaneilla ja harvinaisinta vähiten koulutusta saaneiden keskuudessa (kuvio 3.1.2).

Kuvio 3.1.1. Tuoreiden kasvien päivittäiskäyttö ikäryhmittäin (%).



Kuvio 3.1.2. Tuoreiden kasvien päivittäiskäyttö koulutusryhmittäin (%) (ikävakioitu).



Naisilla kasvien käyttö ei vaihdellut perhetyypin mukaan, mutta parisuhteessa elävät miehet käyttivät muita miehiä useammin tuoreita kasviksia päivittäin (taulukko 3.1.1, taulukko 3.1.2). Tuoreiden kasvien päivittäiskäyttö oli yleisintä koko- tai osapäivätyössä olevien joukossa (taulukko 3.1.3). Työttömistä miehistä vain alle

30 % ilmoitti käyttävänsä tuoreita kasviksia päivittäin. Tuoreiden kasvisten päivittäiskäytössä oli selvä ero maaseudun ja kaupunkimaisten kuntien välillä (kuvio 3.1.3). Kaupunkimaisissa kunnissa asuvat käyttivät useammin tuoreita kasviksia päivittäin kuin maaseutumaisissa kunnissa asuvat. Etelä-Suomen, Länsi-Suomen ja Itä- ja Pohjois-Suomen välillä ei havaittu selviä eroja, kun kaupungistumisaste otettiin huomioon.

Taulukko 3.1.1. Tuoreiden kasvisten päivittäiskäyttö perhetyypin mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	55,1	(51,5–58,7)	68,2	(64,7–71,8)
Parisuhteessa, ei lapsia	55,1	(51,3–59,0)	64,9	(61,2–68,5)
Yksinhuoltajat	49,5	(33,7–65,3)	64,1	(56,2–72,0)
Muut yhdessä asuvat	30,5	(22,2–38,8)	54,4	(45,1–63,8)
Yksin asuvat	42,5	(37,6–47,5)	64,2	(59,8–68,6)
p-arvo	<0,001		0,11	

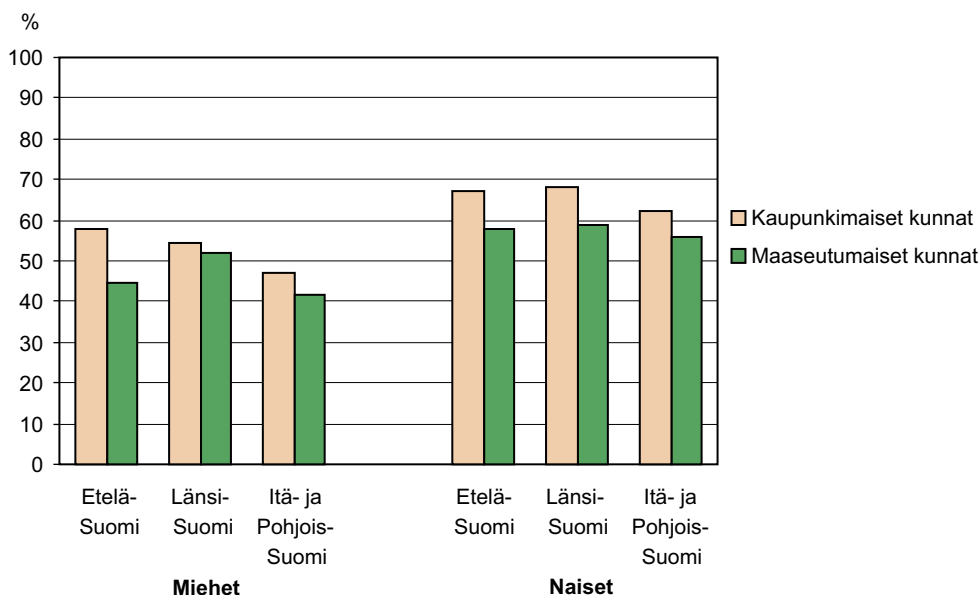
Taulukko 3.1.2. Tuoreiden kasvisten päivittäiskäyttö perhetyypin mukaan (%), vähintään 65-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa	54,8	(49,6–60,0)	59,9	(54,5–65,3)
Muut yhdessä asuvat	41,1	(13,1–69,1)	44,0	(32,4–55,6)
Yksin asuvat	32,1	(24,5–39,8)	54,8	(50,2–59,3)
p-arvo	<0,001		0,06	

Taulukko 3.1.3. Tuoreiden kasvisten päivittäiskäyttö työmarkkina-aseman mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	55,3	(52,6–57,9)	69,2	(66,8–71,5)
Työtön	29,1	(23,4–34,7)	54,2	(47,6–60,9)
Eläkkeellä	46,1	(40,6–51,6)	55,3	(48,9–61,6)
Muut	45,6	(29,7–61,5)	65,0	(57,5–72,5)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Kuvio 3.1.3. Tuoreiden kasvien päivittäiskäyttö asuinalueittain (%) (ikävakioitu).



Rasvan käyttö leivällä

Naisista 23 % ja miehistä 26 % sivelivät leivälleen yleensä margariinia, 36 % naisista ja 34 % miehistä käytti kevytlevitettä. Naisista 16 % ilmoitti, että ei käytä lainkaan rasvaa leivän päällä, kun vastaava osuus miehistä oli 14 %. Joka neljäs käytti voita tai voi-kasviöljyseosta leivällä. Voita tai voi-kasviöljyseosta käyttävien osuus oli selvästi suurempi yli 75-vuotiaiden joukossa. Heistä yli 40 % ilmoitti käyttävänsä voita tai voi-kasviöljyseosta. Margariinin tai kevytlevitteen käyttö leivällä oli suurin piirtein yhtä yleistä miehillä ja naisilla, mutta käyttö oli selvästi harvinaisempaa vanhimmassa ikäryhmässä (kuvio 3.1.4).

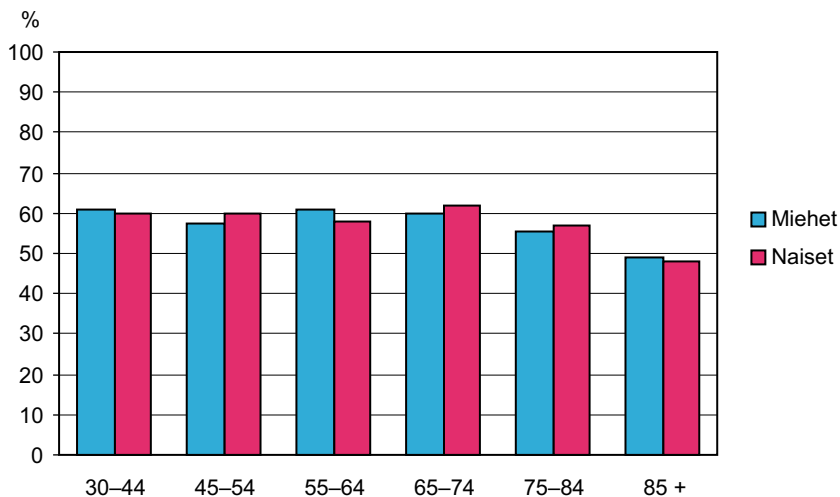
Lapsiperheissä asuvat ja yksin asuvat miehet käyttivät muita useammin margariinia tai kevytlevitettä leivällä (taulukko 3.1.4). Etelä-Suomen maaseutumaaisissa ja kaupunkimaaisissa kunnissa asuvien välillä ei ollut eroa margariinin tai kevytlevitteen käytössä, mutta muilla alueilla kaupunkilaiset käyttivät muita useammin margariinia tai kevytlevitettä (kuvio 3.1.5).

Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö

Suurempi osa naisista kuin miehistä käytti vähärasvaista juustoa päivittäin (29 % vs. 19 %). Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö oli naisilla yleisintä 45–64-vuotiaiden ryhmässä ja miehillä 55–64-vuotiaiden ryhmässä (kuvio 3.1.6).

Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö oli selvästi yleisempää korkean koulutuksen saaneiden keskuudessa (kuvio 3.1.7) sekä parisuhteessa elävien ja yksin asuvien naisten joukossa (taulukko 3.1.5). Työttömät ja yksinhuoltajaäidit käyttivät muita naisia ja miehiä harvemmin vähärasvaisia juustoja päivittäin (taulukko 3.1.5, taulukko 3.1.6). Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö vaihteli myös asuinalueen mukaan. Kaikilla alueilla vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttäjien osuus oli suurempi kaupunkimaisissa kunnissa kuin muissa kunnissa sekä miehillä että naisilla (kuvio 3.1.8).

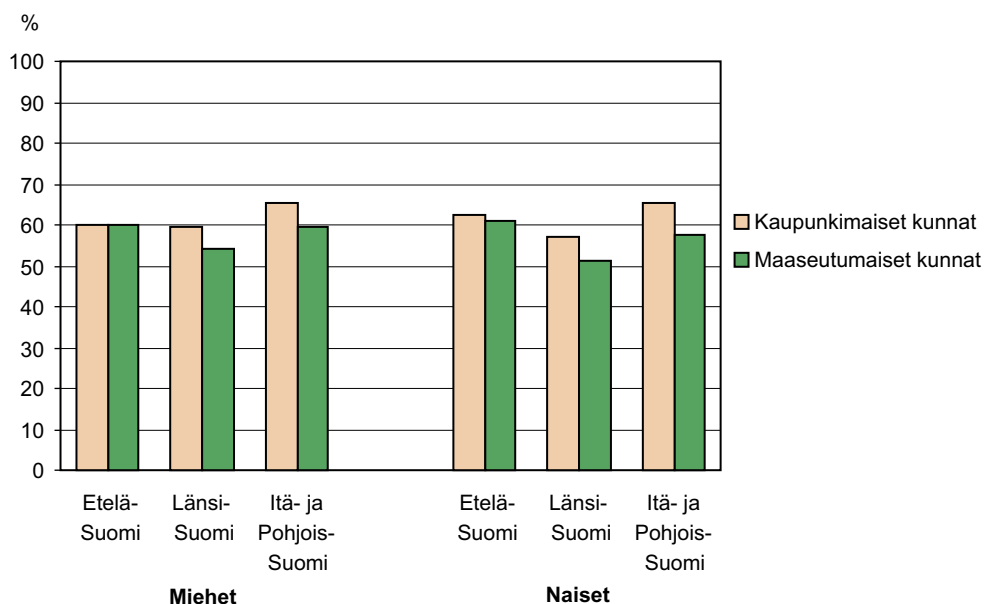
Kuvio 3.1.4. Margariinin tai kevytlevitteen käyttö leivällä ikäryhmittäin (%).



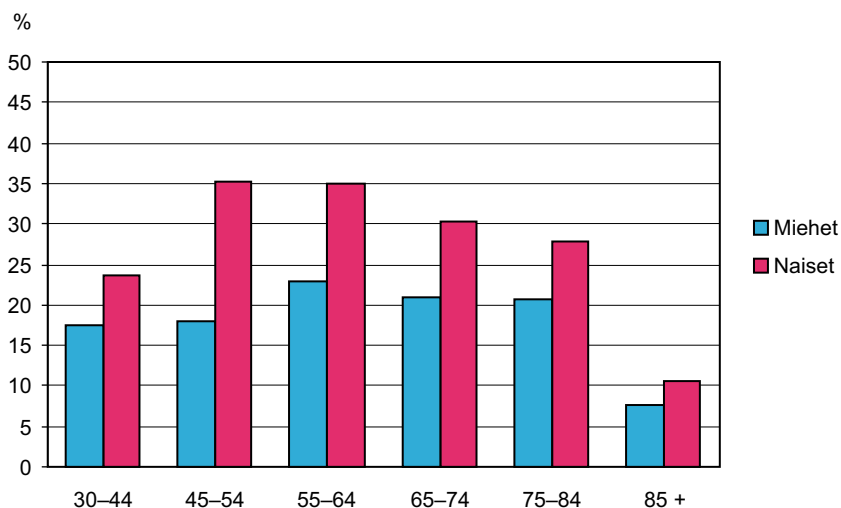
Taulukko 3.1.4. Margariinin ja kevytlevitteen käyttö leivällä perhetyypin mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	61,7	(58,2–65,1)	63,3	(59,5–67,0)
Parisuhteessa, ei lapsia	57,7	(54,2–61,2)	56,6	(53,2–60,0)
Yksinhuoltajat	63,8	(48,6–79,1)	67,7	(60,2–75,2)
Muut yhdessä asuvat	49,0	(41,4–56,5)	54,9	(45,8–64,0)
Yksin asuvat	61,6	(56,9–66,3)	55,4	(51,1–59,7)
p-arvo	0,04		0,01	

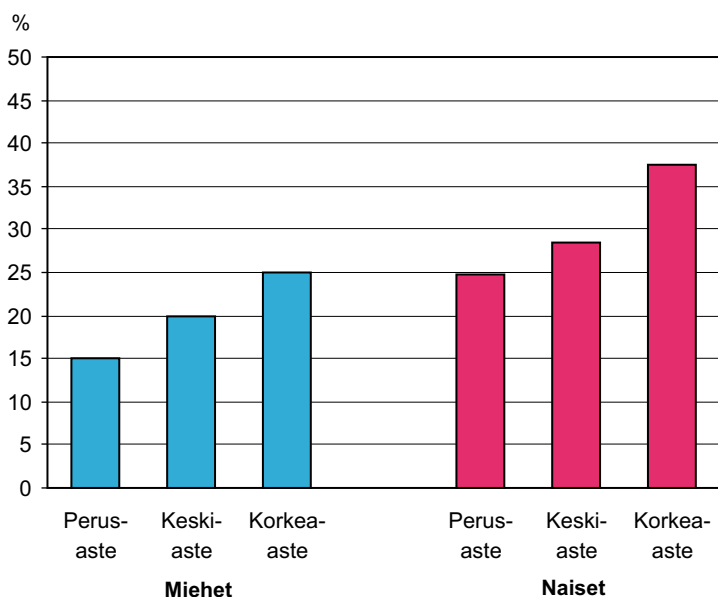
Kuvio 3.1.5. Margariinin tai kevytlevitteen käyttö leivällä asuinalueittain (%) (ikäväkiöitu).



Kuvio 3.1.6. Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö ikäryhmittäin (%).



Kuvio 3.1.7. Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö koulutusryhmittäin (%) (ikävakioitu).



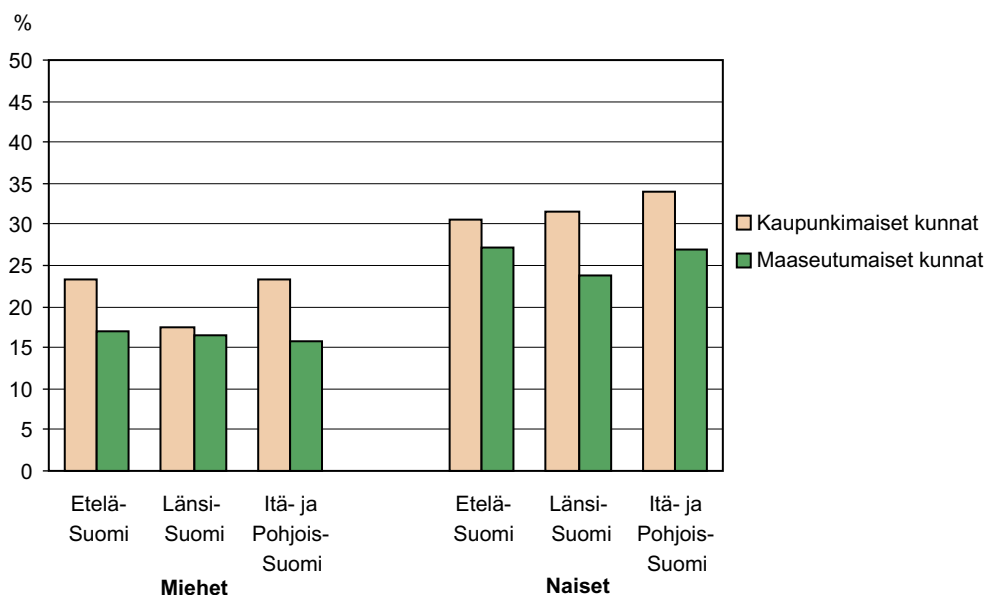
Taulukko 3.1.5. Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö perhetyypin mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	19,3	(16,7–21,9)	31,6	(28,5–34,6)
Parisuhteessa, ei lapsia	24,4	(21,3–27,5)	31,4	(28,3–34,4)
Yksinhuoltajat	13,4	(2,7–24,1)	20,1	(12,8–27,3)
Muut yhdessä asuvat	9,5	(4,4–14,6)	19,4	(11,9–26,9)
Yksin asuvat	11,2	(8,1–14,2)	30,8	(26,6–35,0)
p-arvo	<0,001		<0,01	

Taulukko 3.1.6. Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö työmarkkina-aseman mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	20,1	(18,1–22,1)	32,8	(30,7–34,9)
Työtön	10,0	(6,1–13,9)	18,5	(14,0–23,1)
Eläkkeellä	18,1	(13,5–22,7)	26,4	(21,3–31,6)
Muut	21,8	(11,1–32,6)	30,8	(24,6–37,1)
p-arvo	<0,01		<0,001	

Kuvio 3.1.8. Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö asuinalueittain (%) (ikävakioitu).



Pohdinta

Tulokset ruokatottumusten väestöryhmittäisistä eroista ovat samankaltaisia kuin samana vuonna toteutetussa Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksessa (Helakorpi ym. 2001).

Tuoreiden kasvien päivittäinen kulutus on 1990-luvulla yleistynyt, ja tämä näkyy varsinkin naisilla (Helakorpi ym. 2001). Väestöryhmittäiset erot kasvien käytössä ovat hyvin selvät. Miesten ja varsinkin yksin asuvien ja työttömien miesten kasvien kulutus on hyvin niukkaa. Toinen ryhmä, joka syö turhan harvoin kasviksia, on vähän koulutusta saaneet miehet ja naiset. Näiden ryhmien kasvien kulutuksen lisäämistä tulisi tukea.

Väestöryhmittäiset erot leipärasvan käytössä ovat pieniä. Leipärasvan käytössä tapahtui 1980-luvulla valtava muutos, jolloin hyvin suuri osa väestöstä vaihtoi voin margariiniin tai kevytlevitteisiin (Ravitsemuksen seurantajärjestelmän asiantuntijaryhmä, 1996). Tähän aikaan esiintyi myös selviä väestöryhmittäisiä eroja leipärasvan käytössä (Uusitalo ym. 1987). 1990-luvun lopussa voin ja margariinien käyttäjien osuudet olivat jo vakiintuneet ja samalla väestöryhmittäiset erot olivat kaventuneet. Selkeitä eroja löytyy vain pääkaupunkiseudun ulkopuolella, missä maaseudulla asuvat naiset käyttävät kaupunkilaisia useammin muuta kuin margariinia ja kevytlevitteitä.

Vähärasvaisen juuston päivittäiskäytön väestöryhmittäiset erot muistuttavat eroja tuoreiden kasvien käytössä. Sukupuolierot ovat selvät: naiset suosivat vähärasvaisia juustoja yleisemmin kuin miehet. Ryhmä, jossa vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö on vähäistä, on työttömät. Kaupunkilaisnaiset ovat selvästi ryhmä, joka on ensimmäisenä ruvennut suosimaan vähärasvaisen juuston käyttöä. Yksinhuoltajaäitien keskuudessa käyttö on kuitenkin parisuhteessa eläviä naisia harvinaisempaa.

Ruokatottumuksissa esiintyy väestöryhmittäisiä eroja, mutta erojen suuruus ja johdonmukaisuus riippuu tottumuksesta. Tässä tarkasteltiin ainoastaan muutamia terveyttä edistäviä ruokatottumuksia, joten tulosten perusteella ei ole mahdollista arvioida koko ruokavalion tai ravintoaineiden saannin väestöryhmäeroja. Tulokset kuitenkin vahvistivat aikaisempia havaintoja, joiden mukaan naiset ja varsinkin koulutetut naiset ovat edelläkävijöitä terveyttä edistävissä ruokatottumuksissa (Prättälä ym. 1992, Prättälä 2003). Keskimääristä vähemmän suositusten mukaisia ruokatottumuksia näytti olevan yksin asuvilla miehillä, työttömillä miehillä, vähän koulutusta saaneilla miehillä sekä yksinhuoltajaäideillä ja vähän koulutusta saaneilla naisilla.

Kirjallisuus

Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R, Puska P. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys, kevät 2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8/2000. HakaPaino Oy, Helsinki 2001.

Prättälä R. Naisten ja miesten ruoka. Kirjassa: Luoto R, Viisainen K, Kulmala I, toim. Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino; 2003. s. 210–216.

Prättälä R, Berg MA, Puska P. Diminishing or increasing contrasts? Social class variation in Finnish food consumption patterns, 1979-1990. Eur J Clin Nutr. 1992;46(4):279–87.

Ravitsemuksen seurantarjestelmän asiantuntijaryhmä. Ravitsemuskertomus 1995. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1996. Helsinki 1996.

Uusitalo U, Pietinen P, Leino U. Food and Nutrient Intake among Adults in East and Southwest Finland – A Dietary Survey of the Finmonica project in 1982. Publications of the National Public Health Institute B1/1987.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Suomalaiset ravitsemussuosituksset. Komiteamietintö 1998:7. Oy Edita Ab, Helsinki 1998.

3.2 Makeat välipalat

Miira Vehkalahti ja Laura Paalanen

Makeisiin välipaloihin luetaan kaikki aterioiden välillä nautitut makeat elintarvikkeet. Tavallista sokeria (sakkaroosia) sisältävät makeat välipalat aiheuttavat noin puoli tuntia kestävä pH:n alenemisen suussa ja hampaiden pinnoilla olevassa bakteeriplakissa. Näin syntyvä ”happohyökkäys” syövyttää hammasta ja toistuessaan edesauttaa hampaiden karioitumista (Gustafsson ym. 1954, Sheiham 2001, van Loweren ja Duggal 2004). Hammasongelmien lisäksi kaikki sokeria sisältävät välipalat lisäävät käyttäjänsä sokerikuormitusta ja sen myötä myös yleisterveyden ongelmia (WHO 2003).

Makeiden elintarvikkeiden käyttöä selvitettiin osana itse täytettävää kyselyä (kysely 1). Siinä kysyttiin: ”Kuinka usein Te tavallisesti nautitte alla lueteltuja tuotteita?”. Luettelo sisälsi seuraavat kahdeksan makean nauttimismuotoa: a) sokeroitu kahvi tai tee, b) muut sokeroituiden juomat, kuten mehu, limsa, kaakao, c) toffee, lakritsi tai kuivatut hedelmät, d) suklaa tai täytekeksit, e) ksylitolipurukumi, f) purukumi ilman ksylitolia, g) ksylitolia sisältävät pastillit tai karkit sekä h) pastillit tai karkit ilman ksylitolia. Kunkin tuotteen kohdalla vastaajan tuli valita yksi viidestä vastausvaihtoehdosta: ”päivittäin 3 kertaa tai useammin”, ”päivittäin 1–2 kertaa”, ”2–5 kertaa viikossa”, ”harvemmin” ja ”ei koskaan”.

Tässä luvussa kuvataan, kuinka yleistä edellä luetelluista makeista elintarvikkeista kolmen (a, b, e) päivittäinen nauttiminen oli. Päivittäinen sokeroitun kahvin tai teen ja muiden sokeroitujen juomien juominen sekä ksylitolipurukumin käyttö kuvataan sukupuolen ja iän mukaan. Päivittäinen makeiden juomien (a, b) nauttiminen kuvataan myös koulutusasteen ja asuinalueen mukaan ryhmiteltynä sekä perhetyypin ja työmarkkina-aseman mukaan.

Sokeroitu kahvi tai tee

Sokeroitua kahvia tai teetä joi päivittäin 56 % miehistä ja 37 % naisista (taulukko 3.2.1). Tämä miesten ja naisten välinen ero oli hyvin selvä ikäryhmästä riippumatta (kuvio 3.2.1). Sokeroitun kahvin tai teen juonti päivittäin oli kaikkein yleisintä eläkeikäisten keskuudessa. Tapa oli sitä yleisempi, mitä iäkkäämpi eläkeikäinen oli.

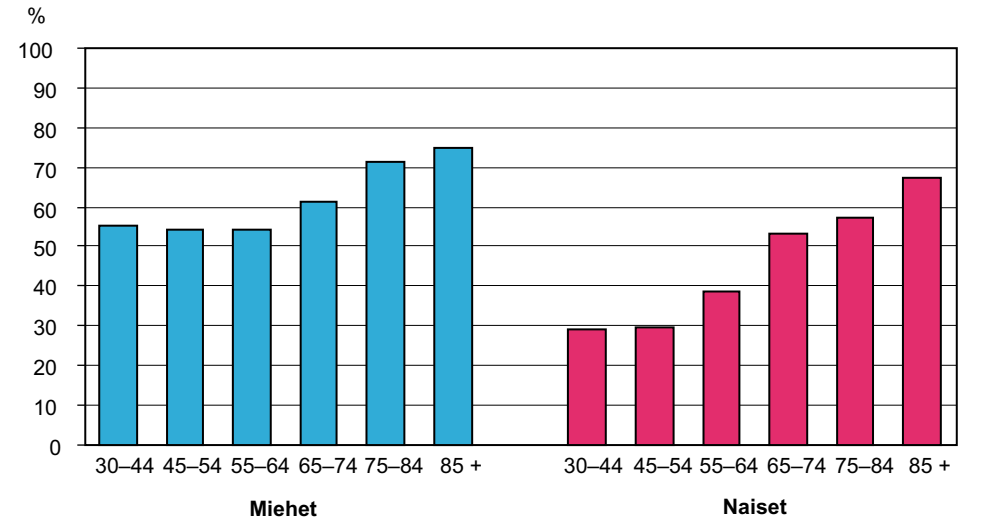
Sokeroitun kahvin tai teen juonti päivittäin oli selvästi yhteydessä tutkittujen koulutustasoon. Mitä enemmän tutkituilla oli koulutusta, sitä vähemmän ryhmässä oli niitä, jotka joivat sokeroitua kahvia tai teetä päivittäin (taulukko 3.2.2, kuvio 3.2.2). Koulutusasteen mukaiset erot näkyivät selvinä sekä miesten että naisten ryhmissä. Kaikissa koulutusryhmissä suurempi osa miehistä kuin naisista joi sokeroitua kahvia tai teetä päivittäin.

Sokeroidun kahvin tai teen juonti päivittäin vaihteli tutkittujen asuinalueen mukaan, mutta myös asuinalueen kaupunkimaisuuden mukaan. Päivittäin sokeroitua kahvia tai teetä juovia oli kaikilla alueilla niiden kaupunkimaisissa kunnissa selvästi pienempi osuus tutkituista kuin muissa saman alueen kunnissa (taulukko 3.2.2, kuvio 3.2.3). Kaikilla alueilla suurempi osa miehistä kuin naisista joi sokeroitua kahvia tai teetä päivittäin. Tämä miesten ja naisten välinen ero näkyi selvänä jokaisella alueella sekä kaupunkimaisissa että maaseutumaisissa kunnissa.

Taulukko 3.2.1. Makeita elintarvikkeita päivittäin käyttävien miesten ja naisten osuudet (%) ikäryhmittäin.

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	Kaikki
Sokeroitu kahvi tai tee							
Miehet	55,1	54,1	54,5	61,3	71,6	75,0	56,4
Naiset	29,2	29,5	38,5	53,5	57,1	67,3	37,3
Sokeroitu mehu, limsa tai kaakao							
Miehet	28,3	18,4	21,3	19,0	22,9	45,4	23,0
Naiset	15,4	12,1	12,3	17,4	21,9	34,0	15,1
Ksylitolipurukumi							
Miehet	16,0	10,0	4,7	1,8	0,0	0,0	9,8
Naiset	27,5	19,5	9,9	4,0	2,1	0,0	16,5

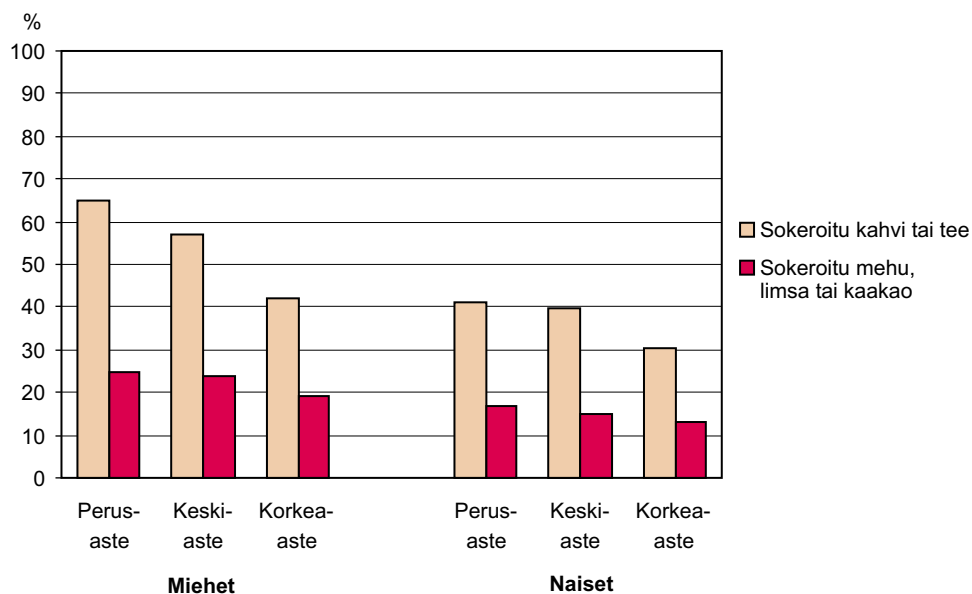
Kuvio 3.2.1. Sokeroitua kahvia tai teetä päivittäin juovien miesten ja naisten osuudet (%) ikäryhmittäin.



Taulukko 3.2.2. Sokeroitua kahvia tai teetä päivittäin juovien miesten ja naisten osuudet (%) koulutuksen ja asuinalueen mukaan (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koulutusaste				
Perusaste	65,0	(61,9–68,0)	41,0	(38,2–43,8)
Keskiaste	57,1	(53,9–60,3)	39,9	(36,6–43,2)
Korkea-aste	41,9	(37,9–45,9)	30,2	(27,2–33,3)
p-arvo		<0,001		<0,001
Asuinalue				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	51,2	(47,8–54,6)	36,0	(32,8–39,2)
Maaseutumaiset kunnat	55,6	(47,1–64,1)	44,2	(39,8–48,7)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	54,9	(51,0–58,7)	32,9	(29,6–36,3)
Maaseutumaiset kunnat	61,5	(57,7–65,4)	41,6	(36,0–47,3)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	55,0	(49,7–60,2)	34,1	(29,9–38,4)
Maaseutumaiset kunnat	62,1	(58,2–66,1)	42,2	(38,5–45,8)
p-arvo		<0,001		<0,001

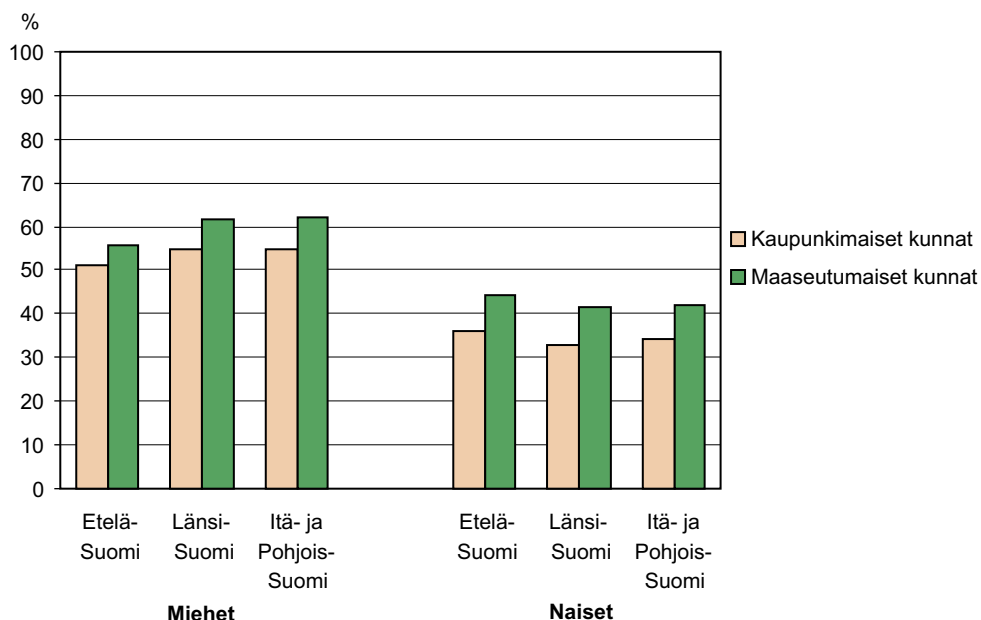
Kuvio 3.2.2. Sokeroitua kahvia tai teetä ja sokeroitua mehua, limsaa tai kaakaota päivittäin juovien osuudet (%) koulutusryhmittäin miehillä ja naisilla (ikävakioitu).



Taulukko 3.2.3. Sokeroitua mehua, limsaa tai kaakaota päivittäin juovien miesten ja naisten osuudet (%) koulutuksen ja asuinalueen mukaan (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koulutusaste				
Perusaste	24,9	(21,7–28,2)	16,6	(14,5–18,8)
Keskiaste	23,6	(21,1–26,0)	14,9	(12,6–17,2)
Korkea-aste	19,3	(16,3–22,3)	13,3	(11,4–15,3)
p-arvo		0,04		0,09
Asuinalue				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	20,7	(18,1–23,3)	13,0	(10,9–15,0)
Maaseutumaiset kunnat	22,8	(17,8–27,9)	15,9	(11,0–20,9)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	20,2	(16,6–23,7)	12,4	(10,1–14,7)
Maaseutumaiset kunnat	24,0	(19,0–29,1)	15,6	(12,3–18,9)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	25,7	(20,0–31,4)	17,0	(13,2–20,8)
Maaseutumaiset kunnat	26,8	(22,7–30,9)	20,2	(17,1–23,2)
p-arvo		0,08		<0,001

Kuvio 3.2.3. Sokeroitua kahvia tai teetä päivittäin juovien osuudet (%) alueittain miehillä ja naisilla (ikävakioitu).



Sokeroidun kahvin tai teen juonti päivittäin ei juuri vaihdellut perhetyypin tai työmarkkina-aseman mukaan, poikkeuksena koko- tai osapäivätyössä käyvien naisten muita ryhmiä selvästi vähäisempi sokeroidun kahvin tai teen juonti päivittäin.

Muut sokeroidut juomat

Sokeroitua mehua, limsaa tai kaakaota joi päivittäin 23 % miehistä ja 15 % naisista (taulukko 3.2.1). Näiden sokeroitujen juomien päivittäinen nauttiminen oli yleisintä kaikkein iäkkäimpien keskuudessa: 85 vuotta täyttäneistä miehistä 45 % ja naisista 34 % joi sokeroituja juomia päivittäin. Toinen huomattava käyttäjäryhmä olivat 30–44-vuotiaat miehet, joista 28 % joi sokeroituja juomia päivittäin. Saman ikäryhmän naisista vain 15 % joi sokeroituja juomia päivittäin.

Sokeroidun mehun, limsan tai kaakaon juonti päivittäin oli yhteydessä tutkittujen koulutustasoon. Näitä sokeroituja juomia päivittäin nauttivia oli vähiten korkea-asteen koulutuksen saaneiden ryhmissä, mutta erot koulutusryhmien välillä olivat pieniä (taulukko 3.2.3, kuvio 3.2.2). Päivittäinen käyttö oli kaikkien koulutusryhmien miesten keskuudessa yleisempää kuin naisten keskuudessa.

Sokeroidun mehun, limsan tai kaakaon juonti päivittäin vaihteli asuinalueen mukaan jonkin verran. Näiden sokeroitujen juomien päivittäinen nauttiminen oli yleisintä Itä- ja Pohjois-Suomessa sekä niiden kaupunkimaisissa että maaseutumaisissa kunnissa (taulukko 3.2.3). Kaikilla alueilla suurempi osa miehistä kuin naisista joi sokeroitua mehua, limsaa tai kaakaota päivittäin. Tämä miesten ja naisten välinen ero näkyi selvänä kaikilla alueilla sekä kaupunkimaisissa että maaseutumaisissa kunnissa.

Sokeroidun mehun, limsan tai kaakaon juonti päivittäin ei vaihdellut perhetyypin eikä työmarkkina-aseman mukaan.

Ksylitolipurukumi

Ksylitolipurukumia käytti päivittäin 17 % naisista ja 10 % miehistä. Ksylitolipurukumin käyttö painottui työikäisten ja varsinkin naisten ryhmiin (taulukko 3.2.1). Nuorimmassa ikäryhmässä (30–44-vuotiaat) 28 % naisista ja 16 % miehistä käytti ksylitolipurukumia päivittäin. Päivittäin ksylitolipurukumia käyttäviä oli kaikissa 30–64-vuotiaiden naisten ryhmissä noin kaksinkertainen osuus miesten vastaavien ikäryhmien lukuihin verrattuna.

Pohdinta

Kahviin ja teehen lisätty sokeri oli edelleen suomalaisaikuisten yleisin makea välipala. Sokeroitua kahvia tai teetä päivittäin juovien osuudet ovat vuodesta 1980 (Vehkalahti ym. 1991) pienentyneet jonkin verran, mutta miesten ja naisten väliset erot ovat ennallaan. Sokeroitujen juomien nauttiminen näyttää kuuluvan useamman

kuin joka toisen miehen arkeen, ja varsinkin maaseutumaisissa kunnissa asuvien tai vain perusasteen koulutuksen saaneiden miesten ryhmissä. Vastaavia havaintoja on tehty myös Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (Helakorpi ym. 2003) sekä Finriski-tutkimuksissa (Laatikainen ym. 2003).

Sokerin käyttöä tulisi rajoittaa, sillä hammaskarieksen (Gustafsson ym. 1954, Sheiham 2001, van Loweren ja Duggal 2004) ohella sokeri lisää myös muita terveyden ongelmia (WHO 2003). Sokerin haitoista tiedottamiseen ja sokerin käytöstä vierottamiseen olisi syytä panostaa nykyistä enemmän. Ensisijainen ja suurin sokeria koskevan neuvonnan ja vieroitustoimien kohderyhmä ovat vähiten koulutusta saaneet, ja varsinkin miehet. Kun tiedetään, kuinka vaikeaa kerran omaksuttujen tapojen muuttaminen on, neuvonta tulisi aloittaa jo kouluiässä ja viimeistään asevelvollisuusaikana. Näin tavoitettaisiin varmimmin koko kohderyhmä.

Ksylitolipurukumin hammasterveyttä edistäviä vaikutuksia on Suomessa esitelty ja markkinoitu jo 10–15 vuoden ajan. Nyt tehdyt havainnot osoittavat viestien menneen perille. Erityisen selvästi tämä näkyi 30–44-vuotiailla ja naisilla. Toisaalta vain 4–7 % käyttää ksylitolia useammin kuin kahdesti päivässä (Suominen-Taipale ym. 2004), kun käyttösuositukset edellyttävät säännöllistä vähintään kolmen kerran päivittäiskäyttöä hammaskariesta ehkäisevän vaikutuksen saamiseen (XylitolNet, verkkosivut). Ksylitolipurukumia päivittäin käyttävien osuudet aikuisten parissa tulevat lähivuosina varmasti kasvamaan, kun tavan jo omaksuneet nuoret vanhenevat. Tuoreen tiedon mukaan joka neljäs 18–29-vuotias mies ja joka kolmas nainen käyttää ksylitolipurukumia päivittäin (Koskinen ym. 2005).

Kirjallisuus

Gustafsson BE, Quensel CE, Lanke LS, Lundquist C, Grahnen H, Bonow BE, Krasse B. The Vipeholm dental caries study. The effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years. *Acta Odontol Scand* 1954; 11:232–364.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003, Helsinki 2003. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b17.pdf

Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, Helsinki 2005. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b7.pdf

Laatikainen T, Tapanainen H, Alftan G, Salminen I, Sundvall J, Leiviskä J, Harald K, Jousilahti P, Salomaa V, Vartiainen E. Finriski 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveyspalvelujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 2. Taulukkoliite (687 sivua). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003, Helsinki 2003. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b7-2.pdf

van Loweren C, Duggal MS. Experts' opinions on the role of diet in caries prevention. *Caries Res* 2004;38(suppl):16-23.

Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutrition* 2001;4:569–591.

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b16.pdf

Vehkalahti M, Paunio I, Nyssönen V, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:34, Helsinki ja Turku 1991.

WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916/2003, Geneva 2003. <http://www.who.int>

XylitolNet. <http://xylitol.net/> ->Ksylitolitietoa ->Käyttösuositus

4 LIIKUNTA JA FYYSINEN AKTIIVISUUS

Mikael Fogelholm

Terveyden kannalta kiinnostavaa fyysistä aktiivisuutta on kaikki sellainen, jonka kuormittavuus on vähintään kohtalainen (vastaa esimerkiksi reipasta kävelyä, aiheuttaa lievää hengästymistä mutta ei välttämättä hikoilua) ja kesto vähintään 10 minuuttia kerralla (Kesäniemi 2003, Oja 2005).

Terveys 2000 -tutkimuksen fyysisen aktiivisuuden kysymykset koskivat vapaa-aikaa ja työmatkoja, ja ne olivat osa vastaajien itse täyttämää kyselyä (peruskysely, kysely 1). Tässä raportissa on käytetty kahta kysymystä. Ensimmäinen kysymys oli ”Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoillette?”. Vastausvaihtoehdot olivat päivittäin, 4–6 kertaa/vko, 2–3 kertaa/vko, kerran viikossa, 2–3 kertaa/kk, muutaman kerran vuodessa tai harvemmin. Tällaisessa muodossa suurin osa vastaajista on todennäköisesti ajatellut vastauksenaan nimenomaan liikuntaa, ei esimerkiksi kauppaan tai muualle suuntautuvaa asiointiaktiivisuutta. Tämä kysymys tarkastelee siten liikuntaa kuntolityyppisenä harrastuksena.

Amerikkalaisen liikuntalääketieteen yhdistyksen (American College of Sports Medicine, 1978) kuntoliikuntasuosituksen mukaan riittäväksi luokitellaan vähintään kolmesti viikossa toteutettava, 20–60 minuuttia kerralla kestävä, hengästymistä ja hikoilua aiheuttava liikunta. Terveys 2000 -tutkimuksen liikuntakysymyksen luokittelun mukaan päivittäin ja 4–6 kertaa viikossa liikkuvat täyttivät varmasti em. suosituksen. Sen sijaan 2–3 kertaa viikossa toteutuva vapaa-ajan liikunta saattaa minimissään (2 x 30 minuuttia) olla terveyden kannalta riittämätöntä (Pate ym. 1995, Kesäniemi 2003, Oja 2005). Niinpä vastausvaihtoehto 2–3 kertaa viikossa vapaa-ajan liikuntaa luokitellaan tässä raportissa riittävydeltään epävarmaksi. Korkeintaan kerran viikossa toteutuva vapaa-ajan liikunta on varmasti riittämätöntä.

Toinen tässä raportissa käytetty kysymys koski fyysistä aktiivisuutta työmatkoilla. Kysymys oli ”Kuinka monta minuuttia kävelette tai pyöräillette työmatkoillanne? Laskekaa yhteen meno- ja paluumatkaan käytetty aika.” Oletuksena on, että työmatkaliikunta on osa ihmisen ns. ”arkiliikuntaa” tai perusliikuntaa, jonka kuormittavuus on kohtalainen (Fogelholm ym. 2004).

Uuden terveysliikuntasuosituksen mukaan puolen tunnin reipas kävely päivittäin tai lähes päivittäin on terveyden kannalta riittävää fyysistä aktiivisuutta. Vaikka työmatkaliikunta on vain osa päivittäistä perusliikuntaa, joudutaan Terveys 2000 -tutkimuksen kysymyksen muotoilun takia pitämään työmatkaliikuntaa edustamassa tätä fyysisen aktiivisuuden tyyppiä.

Tässä raportissa fyysisen aktiivisuuden riittävyys arvioitiin kahden em. muuttujan, ts. vapaa-ajan liikunnan ja työmatkaliikunnan avulla. Riittäväksi fyysiseksi aktiivisuudeksi luokitellaan joko vähintään neljästi viikossa tapahtuva vapaa-ajan liikunta tai vähintään 30 minuuttia päivässä kestävä työmatkaliikunta (Fogelholm ym. 2004). Ihanteellinen fyysinen aktiivisuus sisältää molemmat edellä mainituista. Riittävyydeltään epävarma fyysisen aktiivisuuden taso oli 2–3 kertaa viikossa toistuva vapaa-ajan liikunta, yhdessä korkeintaan 30 minuuttia päivässä toteutuvan työmatkaliikunnan kanssa. Riittämätön fyysinen aktiivisuus oli korkeintaan kerran viikossa tapahtuva vapaa-ajan liikunta, yhdessä riittämättömän työmatkaliikunnan kanssa. Perusliikuntaa koskevan kysymyksen muotoilun (vain työmatkaliikunta) takia riittävästi liikkuvien osuus tulee olemaan jonkin verran (arviolta noin 10 prosenttiyksikköä) todellista vähäisempi, mutta aineiston sisäisiin vertailuihin tämän seikan ei pitäisi vaikuttaa.

Vapaa-ajan liikunta

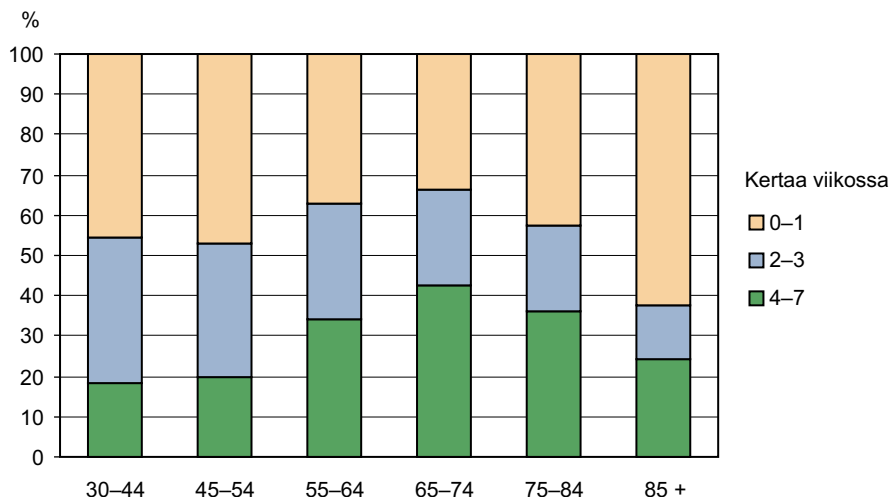
Kuvioissa 4.1 ja 4.2 on esitetty miesten ja naisten vapaa-ajan liikunnan vastaukset luokiteltuna riittävään (4–7 kertaa viikossa), epävarmaan (2–3 kertaa viikossa) ja riittämättömään liikuntaan (korkeintaan kerran viikossa). Miehistä keskimäärin 26 % harrasti vähintään neljästi viikossa eli riittävästi vapaa-ajan liikuntaa. Riittämättömästi vapaa-ajallaan liikkuvien osuus oli 43 %. Naisista taas riittävästi vapaa-ajallaan liikkuvia oli 27 %, kun riittämättömästi liikkuvien osuus oli 40 %. Keskimääräinen liikunnan riittävyys on kuitenkin huono mittari, sillä ikäryhmittäiset erot olivat suuria ja johdonmukaisia. Eniten vapaa-ajan liikuntaa sekä miehistä että naisista harrastivat melko hiljattain eläkkeelle jääneet eli 65–74-vuotiaat. Nuorten aikuisten (30–54-vuotiaat) liikunnan harrastus oli vähäistä. Hyvin iäkkäillä vapaa-ajan liikunnan määrä alkoi taas vähentyä. Naisilla tämä tapahtui huomattavasti jyrkemmin kuin miehillä, ilmeisesti nopeammin heikentyvän lihaskunnan ja fyysisen toimintakyvyn takia (Valve ym. 2003).

Liikunta työmatkoilla

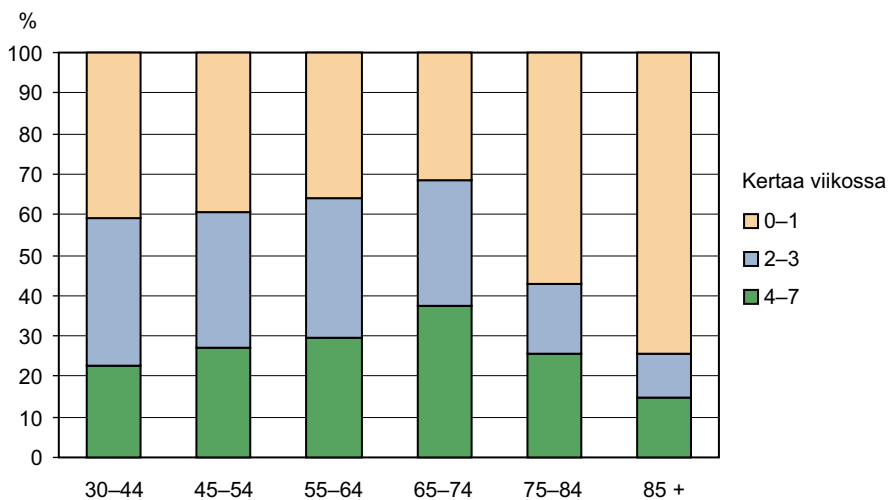
Taulukossa 4.1 esitetyistä tuloksista nähdään, että jo yli 55–64-vuotiailla työssäkäynti oli niin vähäistä, ettei työmatkaliikunta kuvannut perusliikunnan määrää kovin hyvin. Kuvio 4.3 kuvaa työmatkaliikuntaa kaikissa ikäryhmissä.

Työssäkäyvien ikäryhmissä miesten ja naisten ero oli hyvin selvä: naisista lähes kaksinkertainen osuus 30–54-vuotiaista käveli tai pyöräili vähintään 30 minuuttia päivässä työmatkoilla. Huomattavin sukupuoliero oli 45–54-vuotiailla. Sukupuolten ero selittyi miesten ahkerammalla ajoneuvojen käytöllä. Tosin naisistakin parhaimmillaan vain noin 20 % sai riittävästi liikuntaa pelkästään työmatkoista.

Kuvio 4.1. Miesten vapaa-ajan liikunta ikäryhmittäin (%). Ainakin lievää hengästymistä ja hikoilua aiheuttavan, vähintään 30 minuuttia kestäneen liikunnan toteutuminen kertoina viikossa.



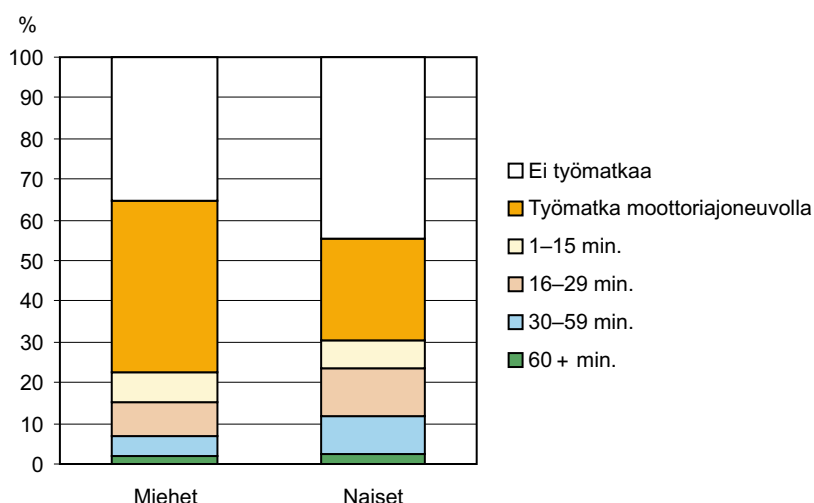
Kuvio 4.2. Naisten vapaa-ajan liikunta ikäryhmittäin (%). Ainakin lievää hengästymistä ja hikoilua aiheuttavan, vähintään 30 minuuttia kestäneen liikunnan toteutuminen kertoina viikossa.



Taulukko 4.1. Kävely tai pyöräily työmatkoilla ikäryhmittäin (%).

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+
Miehet						
Ei työmatkaa	11,8	20,0	57,4	92,6	95,2	96,9
Moottoriajoneuvolla	58,9	52,3	26,2	3,5	2,6	0
1–15 min/pvä	10,8	9,8	4,3	0,7	0,9	0
16–29 min/pvä	10,8	11,3	4,4	1,6	0,8	0
30–59 min/pvä	7,2	4,3	4,7	1,0	0,5	0
≥60 min/pvä	1,6	2,2	2,9	0,65	0	0
Naiset						
Ei työmatkaa	22,2	19,1	60,1	98,8	97,4	100
Moottoriajoneuvolla	37,7	35,1	15,1	0	0,4	0
1–15 min/pvä	20,6	9,4	3,1	0	0,5	0
16–29 min/pvä	15,6	16,9	10,6	0,5	0	0
30–59 min/pvä	11,8	15,0	8,8	0,2	1,0	0
≥60 min/pvä	2,2	4,4	2,4	0,5	0,7	0

Kuvio 4.3. Kävelyyn tai pyöräilyyn työmatkoilla arkipäivisin käytetty aika. Yhteenveto kaikista ikäryhmistä (30+).

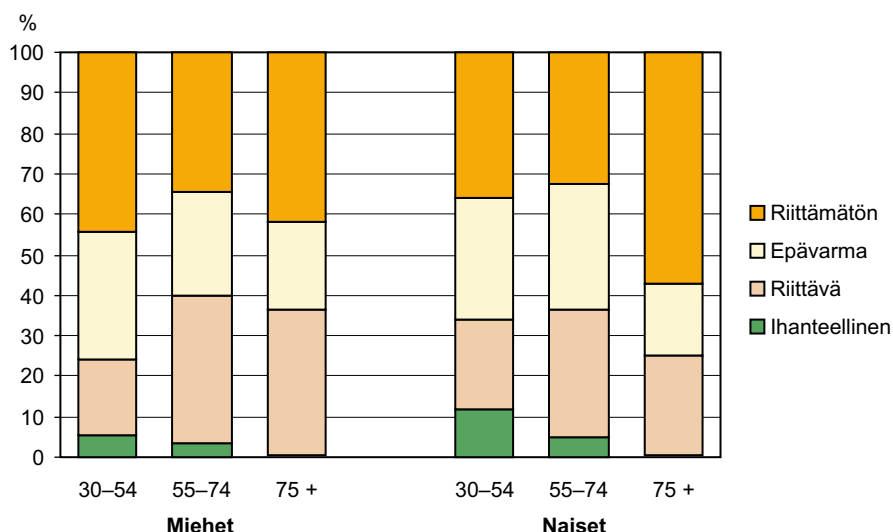


Fyysisen aktiivisuuden riittävyys

Kuviossa 4.4 on esitetty liikunnan riittävyys kolmeen laajempaan ikäryhmään jaoteltuna, keski-ikäisiin (30–54-vuotiaat), ns. seniori-ikäisiin (55–74-vuotiaat) ja iäkkäisiin (75-vuotiaat ja sitä vanhemmat). Kuten vapaa-ajan liikuntaa yksin tarkasteltaessa, myös kokonaisliikunnan määrä oli suurin 55–74-vuotiailla. Eniten riit-

tämättömästi liikkuvia oli iäkkäiden naisten keskuudessa. Riittämättömästi liikkuvia alle 75-vuotiaita oli siis sekä miehistä että naisista noin 40 %. Riittävästi liikkuvia oli selvästi vähiten keski-ikäisten miesten ryhmässä. Koska Terveys 2000 -tutkimuksessa ei työmatkaliikunnan lisäksi kysytty muusta asiointiaktiivisuudesta kuten kävelystä kauppaan, on riittämättömästi liikkuvia todellisuudessa jonkin verran enemmän kuin kuvio 4.4 esittää. Eläkeikäisillä ei käytännössä ole edes mahdollisuutta liikkua työmatkoilla, mutta koska kuvio 4.4 arvioi työn ulkopuolista liikkumista kokonaisuudessaan, on eläkeikäisten pitäminen vertailussa mukana perusteltua.

Kuvio 4.4. Miesten ja naisten fyysisen aktiivisuuden riittävyys kolmessa ikäryhmässä.*



* Riittäväksi fyysiseksi aktiivisuudeksi luokiteltiin vapaa-ajan liikuntaa 4–7 krt/vko tai työmatkaliikuntaa vähintään 30 min/pvä. Ihanteelliseksi luokiteltiin molempien kriteerien täyttyminen. Epävarmaksi luokiteltiin vapaa-ajan liikunta 2–3 krt/vko, kun työmatkaliikunta ei täyttänyt riittävän kriteeriä. Riittämätön fyysinen aktiivisuus tarkoittaa vapaa-ajan liikuntaa korkeintaan kerran viikossa ilman riittäväksi luokiteltavaa työmatkaliikuntaa.

Taulukossa 4.2 on esitetty ikävakioidut tulokset riittävästi liikkuvien osuudesta erilaisten taustamuuttujien mukaan. Naisten keskimäärin suurempi fyysisen aktiivisuuden määrä näkyy erityisen hyvin koulutustaustaa koskevista tuloksista. Koulutuksella sinänsä ei ollut yhteyttä vapaa-ajan ja työmatkojen fyysiseen aktiivisuuteen. Perhetyypeittäin analysoituna alle 65-vuotiaista riittämättömimmin liikkuvivat yksinhuoltajamiehet, eniten taas yksinhuoltajaäidit ja yksin asuvat naiset. Tämä tulos on mielenkiintoinen, sillä yksinhuoltajaäitien mahdollisuuksista harrastaa riittävästi liikuntaa on paljon keskusteltu. Sekä miehillä että naisilla avio- tai avoliitossa elävillä lapset näyttivät vähentävän fyysistä aktiivisuutta.

Taulukko 4.2. Riittävästi liikkuvien osuudet taustamuuttujien mukaan (%) (ikävakioitu). Liikunnan riittävyys (vs. epävarmat ja riittämättömästi liikkuvat) on muodostettu yhdistämällä vapaa-ajan liikunta ja työmatkaliikunta.

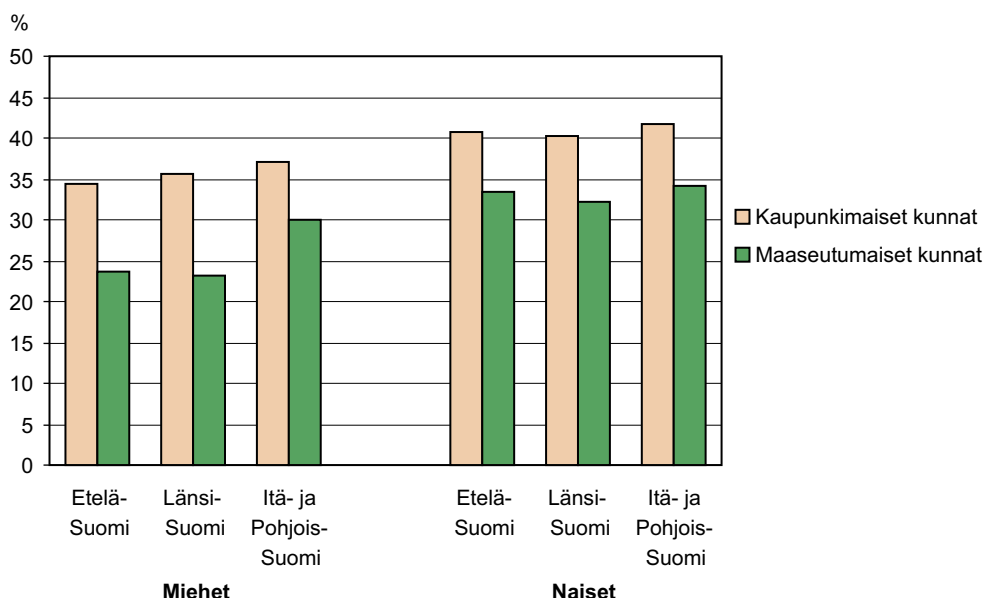
	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koulutus				
Perusaste	31,6	(28,8–34,4)	38,4	(35,1–41,7)
Keskiaste	30,8	(28,0–33,7)	38,9	(35,8–42,1)
Korkea-aste	32,8	(29,6–36,1)	36,3	(33,2–39,5)
p-arvo		0,64		0,49
Perhetyyppi, 30–64-vuotiaat				
Parisuhteessa, lapsia	25,6	(22,1–29,0)	32,6	(29,0–36,1)
Parisuhteessa, ei lapsia	30,0	(26,8–33,1)	39,3	(35,6–42,9)
Yksinhuoltajat	12,8	(1,4–24,1)	42,7	(33,5–51,8)
Muut yhdessä asuvat	31,7	(23,2–40,2)	40,9	(31,2–50,6)
Yksin asuvat	33,2	(28,5–37,8)	44,3	(39,2–49,4)
p-arvo		0,01		<0,01
Perhetyyppi, 65+				
Parisuhteessa	45,7	(41,0–50,4)	32,7	(26,9–38,5)
Muut yhdessä asuvat	40,9	(12,8–69,0)	44,8	(28,1–61,5)
Yksin asuvat	43,8	(35,4–52,3)	41,6	(36,3–46,8)
p-arvo		0,91		0,07
Työmarkkina-asema, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	26,9	(24,7–29,0)	39,6	(37,2–42,0)
Työtön	28,0	(21,3–34,7)	32,4	(27,0–37,9)
Eläkkeellä	37,7	(32,3–43,2)	35,9	(29,6–42,2)
Muut	35,7	(20,6–50,9)	33,1	(26,2–39,9)
p-arvo		<0,001		0,05

Työmarkkina-aseman yhteys liikuntaan eri sukupuolilla ei ollut johdonmukainen (taulukko 4.2). Eniten liikkuvat eläkkeellä olevat miehet ja työssä käyvät naiset. Ilmeisesti iäkkäimpien naisten vähäinen fyysinen aktiivisuus vähensi eläkkeellä olevien naisten keskimääräistä tulosta. Työttömyyden yhteydestä runsaampaan liikunnan harrastamiseen miehillä on aikaisemmin saatu viitteitä Kansanterveyslaitoksen ns. lamatutkimuksessa (Luoto ym. 1999).

Eri maantieteellisten alueiden erot olivat vähäisiä, sen sijaan kaupunkimaisissa kunnissa liikunnan harrastus oli johdonmukaisesti suurempaa kuin maaseutumaisissa kunnissa (kuvio 4.5). Suurempi fyysinen aktiivisuus kaupungeissa on yhtäpitävää sekä kotimaisiin (Ikihyvä Päijät-Häme, Karisto ym. 2003) että ulkomaisiin (Reis ym. 2003) tutkimuksiin verrattuna. Ero saattaa osin olla koulutuksen ja muiden yk-

silön sosiaalisten taustatekijöiden seurausta, mutta kaupungeissa myös liikunnan tarjonta (kevyen liikenteen väylät, sisäliikuntapaikat) ja liikuntaryhmien määrä ovat suuremmat kuin haja-asutusalueilla. Mahdollisuus työmatkaliikuntaan on lisäksi parempi suurissa kaupungeissa.

Kuvio 4.5. Riittävästi liikkuvien osuudet (%) alueittain miehillä ja naisilla (ikävakioitu). Liikunnan riittävyys on muodostettu yhdistämällä vapaa-ajan liikunta ja työmatkaliikunta.



Pohdinta

Terveys 2000 -tutkimuksen vapaa-ajan liikunnanharrastusta koskeva kysymys on esitetty aivan samanlaisena Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksessa esimerkiksi vuonna 2001 (Helakorpi ym. 2001), Tampereen kaupungin terveys- ja sosiaaliprofilissa (Paronen ja Fogelholm 2004) ja ikääntyvän väestön terveyttä ja terveystietoisuutta tutkivassa Ikihyvä Päijät-Häme hankkeessa (Valve ym. 2003). Kaikkien em. raporttien tulokset ovat hyvin yhteneväisiä Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten kanssa. Nuorista keski-ikäisistä (30–44-vuotiaat) noin joka toinen harrastaa vapaa-ajallaan varmasti liian vähän liikuntaa. Noin 60–65-vuotiailla havaittava vapaa-ajan liikunnan maksimiharrastus alkaa sitten 70–75 vuoden iässä laskea, naisilla aikaisemmin ja nopeammin (Valve ym. 2003). Muihin maihin suomalaisten tuloksia on vaikea verrata kyselyiden, luokittelukriteerien ja ikäjakauman erilaisuudesta johtuen (Sarkin ym. 2001).

Riittävä työmatkaliikunta oli tämän tutkimuksen mukaan yleisempää kuin Aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys -tutkimuksessa 2000 (Helakorpi ym.

2001). Toisaalta riittävästi liikkuvien (>30 min/pvä) osuudet olivat selvästi suuremmat Tampereen terveyst- ja sosiaaliprofilitutkimuksessa (Paronen ja Fogelholm 2004) kuin tässä tutkimuksessa. Ero on ymmärrettävä, sillä Tampereen tutkimuksessa kysyttiin sekä työ- että asiointiliikuntaa. Naisten miehiä aktiivisempi liikunta havaittiin kuitenkin myös Tampereen tutkimuksessa. Suomalaisten tutkimusten mukaan työmatkaliikunta on vähentynyt 1980-luvun alkuun verrattuna (Helakorpi ym. 2001). Tämä voi johtua yhteiskunnan autoistumisesta yleensä, mutta myös kodin ja työpaikan etäisyyden suureneminen on saattanut vähentää kävelyä työmatkoilla.

Fyysistä aktiivisuutta koskevat tulokset kertoivat selkeästi keski-ikäisten vähäisestä aktiivisuudesta. Miehillä tulokset olivat vielä huonompia kuin naisilla, johtuen pääasiassa vähäisemmästä työmatkaliikunnasta. Perhe-elämän ja työn yhdessä aiheuttama ajanpuute tuntuu luonnolliselta selitykseltä. Eläkkeelle jääminen tuo lisää aikaa myös liikkumiseen, mikä näkyy selvästi yleistyvänä fyysisenä aktiivisuutena. Ajanpuute ei kuitenkaan voi olla ainoa ikäryhmiä erotteleva tekijä. Terveysten kannalta olisi periaatteessa riittävää, jos ihmiset käyttäisivät *viikossa* saman ajan liikuntaan, kuin he käyttävät television katseluun *päivittäin*. On todennäköistä, että kiinnostus oman terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen suurenee iän myötä, ja että osa keski-ikäisten vähäisestä liikkumisesta johtuu huonosta motivaatiosta tai muista prioriteeteista. Terveysten edistämisen kannalta liikunnan minimimäärä (puoli tuntia päivässä reipasta kävelyä vastaavalla kuormittavuudella vähintään 10 minuutin pätkissä) pitäisi olla helposti sijoitettavissa päivittäiseen elämään. Tämän tutkimuksen tulokset yksinhuoltajaahtien fyysisestä aktiivisuudesta viittaavat siihen, että liikuntasuosittelun noudattaminen ei ole mahdotonta.

Ns. seniori-ikäisten runsas liikunnanharrastus voi kuvata fyysisen aktiivisuuden luonnollisia muutoksia elämänkulun eri vaiheissa. Rinnakkainen selitys on, että kyseessä on kohorttivaikutus (sukupolvivaikutus), ts. 1930- ja 1940-luvulla syntyneet ovat elämänsä aikana tottuneet liikkumaan ja siksi runsas fyysinen aktiivisuus on heille luontevaa eläkeiässäkkin. Mikäli tämä selitys on edes osittain totta, ei ole lainkaan varmaa, että nykyiset keski-ikäiset ovat eläkkeellä ollessaan yhtä aktiivisia kuin nykyiset eläkeläiset. Fyysisen aktiivisuuden edistämiseen nuorilla aikuisilla ja keski-ikäisillä tulisiikin mitä pikimmin kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.

Naisten fyysisen aktiivisuuden määrä pienenee selvästi iän myötä. Tämä voi johtua heikentyneestä lihaskunnosta ja toimintakyvystä. Miksi fyysinen aktiivisuus seniori-ikässä ei sitten ole riittänyt ylläpitämään nykyisten iäkkäiden naisten toimintakykyä? Yksi selitys voi olla, ettei etenkin alaraajojen lihasvoimia säilyttävään harjoitteluun ole aikaisemmin kiinnitetty riittävästi huomiota. Iäkkäiden toimintakyvyn heikkene-
misen varhainen toteaminen ja oikein toteutettu lihasvoimaharjoittelu ja muu kuntoutus ovat tärkeimpiä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, joihin myös kunnallisella sosiaali- ja terveyssektorilla pitäisi panostaa.

Kirjallisuus

American College of Sports Medicine. Position statement on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 1978; 10: viii-x.

Fogelholm M, Oja O, Rinne M, Suni J, Vuori I. Riittääkö puoli tuntia kävelyä päivässä? *Suomen lääkäri* 2004;19:2040–2.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2001. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2001.

Karisto A, Nummela O, Konttinen R, ym. Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia, raportteja ja selvityksiä 41/2003. Helsinki: Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia, 2003.

Kesäniemi A. Millainen liikunta edistää terveyttä? Konsensuspaneelin arvio liikunnan ja terveyden annos-vastesuhteesta. *Duodecim* 2003;119:1819–1822.

Luoto R, Helakorpi S, Uutela A. Lama ja terveys. Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK)-aineiston 7-vuotisseurantatutkimus 1989/90-1997, tutkimuksen toteutus ja perustaulukot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/1999. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 1999.

Oja P. Liikunnan ja terveyden annos-vastesuhde. Kirjassa: Fogelholm M, Vuori I (toim.): *Terveysliikunta*. Helsinki: Duodecim, 2003:61–71.

Paronen O, Fogelholm M. Tamperelaisten terveys ja turvallisuus: vuoden 2002 terveys- ja sosiaalikyselyn päätulokset. Tampere: Tampereen kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi. Julkaisuja 1, 2004.

Pate RR, Pratt M, Blair SN, ym. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273:402–407.

Reis JP, Bowles HR, Ainsworth BA, ym. Nonoccupational physical activity by degree of urbanization and U.S. geographic region. *Med Sci Sports Exerc* 2003;36:2093–8.

Sarkin JA, Nichols JF, Sallis JF, Calfas KJ. Self-report measures and scoring protocols affect prevalence estimates of meeting physical activity guidelines. *Med Sci Sports Exerc* 2001;32:149–56.

Valve R, Absetz P, Fogelholm M, ym. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus. Perusraportti 2002. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja A 12/2003. Lahti: Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri, 2003.

5 LIHAVUUS JA PAINONHALLINTA

Markku Heliövaara ja Aila Rissanen

Rasvakudoksen liiallinen määrä eli lihavuus on kehittyneiden maiden yleisin elintavoista johtuva terveysongelma, joka lisää monen kansansairauden vaaraa, pahentaa jo syntyneitä tautitiloja ja vaikeuttaa niiden hoitoa. Lihavuus on aikuisiän diabeteksen voimakas riskitekijä: vaara sairastua aikuisiän diabetekseen lisääntyy suorassa suhteessa painoon ja kasvaa asteittain yli kymmenkertaiseksi painoindeksin ylittäessä 35 kg/m^2 . Tärkeitä lihavuuteen liittyviä ongelmia ovat verenpaineen kohoaminen ja liikuntakyvyn heikentyminen, sillä ylipaino on myös polven ja lonkan nivelrikon vahva riskitekijä. Luetteloon lihavuuden vaaroista kuuluvat lisäksi mm. rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivovaltimotauti, sappikivet, suonikohjut, uniapnea, kihti, eräät syövät, eturauhasen liikakasvu, ruokatorventulehdus sekä raskaus-, anestesia- ja leikkauskomplikaatiot.

Lihavuuden vaarojen suureen määrään nähden on yllättävää, että lihavuus on vain heikosti yhteydessä ennenaikaisen kuoleman vaaraan. Tämä johtuu pääasiassa siitä, että kuolleisuuden lisääntyminen edellyttää vaikea-asteista lihavuutta, mikä on melko harvinaista. Lihavuuden kansanterveydellinen merkitys välittyykin pääasiassa sellaisten pitkäaikaisten sairauksien kautta, jotka eivät johda kuolemaan mutta aiheuttavat hoidon tarvetta ja vähentävät toimintakykyisiä elinvuosia (Visscher ym. 2004). Lihavuus on eräs keskeisimmistä työkyvyn vaarantajista (Rissanen ym. 1990). Lihavuuden arvioitu syyosuus terveydenhuollon menoista eri maissa vaihtelee neljän ja seitsemän prosentin välillä. Liikakiloista aiheutuvat ylimääräiset työkyvyttömyysjaksot ja ennenaikaiset eläkkeet kuormittavat hoitojärjestelmän ohella tuntuvasti myös sosiaalivakuutusta, mikä lisää lihavuuden kansantaloudellista hintaa.

Lihavuuden torjunta on sairauksia ehkäisevän ja terveyttä edistävän toiminnan keskeinen haaste. Tuloksekas torjuntatyö ja sen vaikutusten arviointi edellyttävät lihavuuden yleisyyden ja sen kehityksen, painonhallintaan liittyvien asenteiden ja tekijöiden sekä näiden kaikkien väestöryhmittäisen vaihtelun tuntemista.

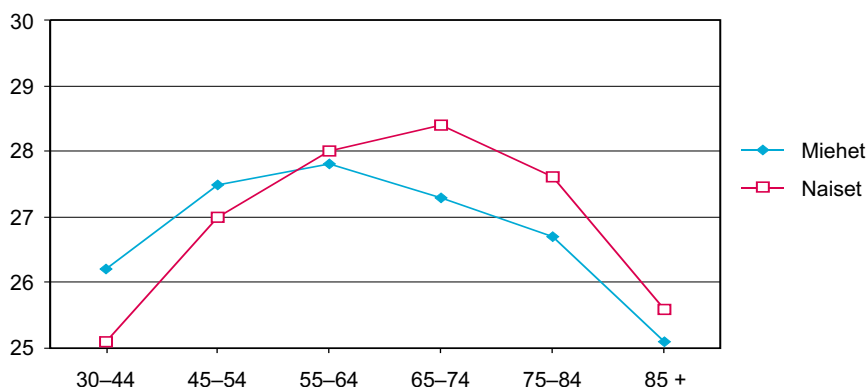
Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneiden pituus, paino ja vyötärönympärys mitattiin terveystarkastuksen yhteydessä. Lisäksi lihomista, laihtumista, laihdutusyrityksiä ja laihdutusryhmään osallistumista selvitettiin osana itse täytettävää kyselyä (kysely 1). Tässä luvussa kuvataan eriasteisen ylipainoisuuden yleisyyttä väestöryhmittäin sekä vyötärölihavuuden, lihomisen, laihtumisen ja laihduttamisen yleisyyttä näiden tietojen pohjalta.

Ylipainoisuus ja lihavuus

Painoindeksin (paino jaettuna pituuden neliöllä, kg/m^2) 30 ja 35 ylittävät arvot määriteltiin merkittävän ja vaikean ylipainoisuuden rajoiksi (Heliövaara 1990). Näitä tiloja voidaan myös luonnehtia merkittäväksi ja vaikeaksi lihavuudeksi.

Keskimääräinen painoindeksi eri ikäryhmissä erosi sukupuolten välillä siten, että alle 55-vuotiailla miehillä painoindeksi oli suurempi ja sitä iäkkäämmillä miehillä pienempi kuin vastaavien ikäluokkien naisilla (kuvio 5.1). Koko yli 30-vuotiaan väestön painoindeksin keskiarvo oli miehillä 27,0 (95 % luottamusväli 26,9–27,2) ja naisilla 26,8 (26,6–27,0).

Kuvio 5.1. Painoindeksin keskiarvo miehillä ja naisilla ikäryhmittäin.

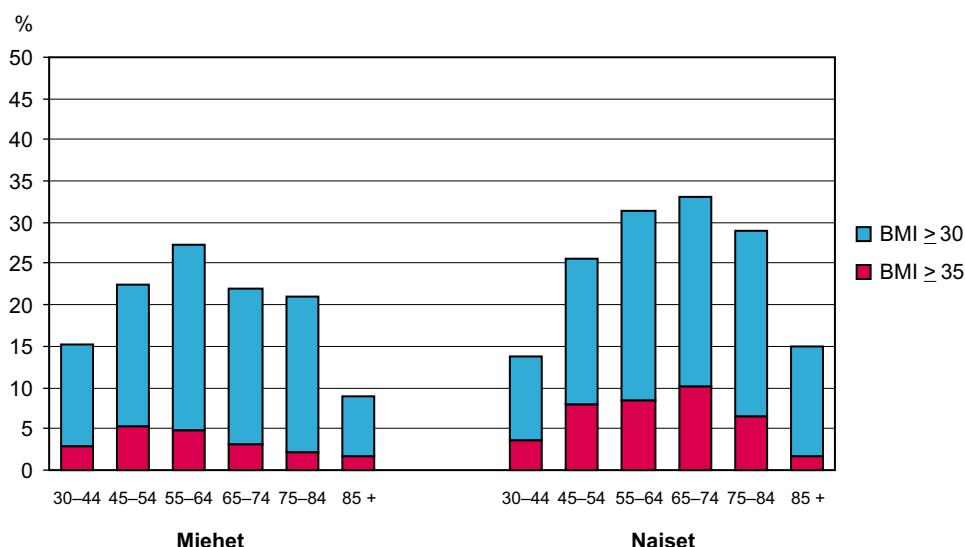


Merkittävä ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) ja erityisesti vaikea ($\geq 35 \text{ kg/m}^2$) lihavuus yleistyi naisilla iän myötä jyrkemmin kuin miehillä (kuvio 5.2). Kaikista yli 30-vuotiaista miehistä 20 % ja naisista 24 % oli merkittävästi lihavia. Miehistä 4 % ja naisista 7 % oli vaikeasti lihavia.

Lihavuuden yleisyys väestöryhmittäin

Merkittävä lihavuus ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) oli tavallisinta vähiten koulutusta saaneiden keskuudessa (taulukko 5.1). Perhetyypin mukainen vaihtelu oli vähäistä eikä se ollut tilastollisesti merkitsevää, kuten ei myöskään asuinalueen mukainen vaihtelu miehillä (taulukot 5.2, 5.3 ja 5.5). Sen sijaan naisten ylipainoisuus oli maaseutumaisissa kunnissa yleisempää kuin saman alueen kaupunkimaisissa kunnissa (taulukko 5.5). Työikäisillä eläkeläisnaisilla ylipainoisuus oli huomattavasti yleisempää kuin työssä käyvillä naisilla (taulukko 5.4). Miehillä työmarkkina-aseman mukaiset erot olivat samansuuntaisia mutta pienempiä kuin naisilla. Taulukoissa 5.4 ja 5.5 kuvatut työmarkkina-aseman ja asuinalueen mukaiset erot voivat osittain johtua koulutusasteen vaikutuksesta.

Kuvio 5.2. Merkittävä ja vaikea ylipaino miehillä ja naisilla ikäryhmittäin (%).



Vyötärölihavuus

Myös vyötärölihavuus yleistyi naisilla iän myötä huomattavasti jyrkemmin kuin miehillä (taulukko 5.6). Sukupuolten vertailu toisiinsa on kuitenkin pulmallista, koska miehille (>100 cm) ja naisille (>90 cm) sovellettiin eri raja-arvoja.

Lihominen, laihtuminen ja laihduttaminen

Kyselyssä ilmoitettua lihomista, laihtumista, laihduttamisyrityksiä ja laihdutusryhmään osallistumista koskevat ikäryhmittäiset tulokset on esitetty taulukossa 5.7. Viimeisten 12 kuukauden aikana kolmannes nuorimman ikäluokan miehistä oli laihtunut ja viidennes lihonut. Naisilla vastaavat luvut olivat 40 % ja 30 %. Lihoneista ja laihtuneista puolella painonmuutos oli yli 5 kg. Painonsa vakiona säilyttäneitä oli siis vain puolet miehistä ja kolmannes naisista.

Taulukko 5.1. Merkittävä ylipaino (painoindeksi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) koulutusasteen mukaan (%) (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Perusaste	24,0	(21,6–26,3)	28,3	(25,8–30,8)
Keskiaste	19,2	(16,8–21,6)	23,3	(20,9–25,8)
Korkea-aste	16,1	(13,6–18,7)	17,9	(15,3–20,4)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Taulukko 5.2. Merkittävä ylipaino (painoindeksi ≥ 30 kg/m²) perhetyypin mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	20,0	(17,3–22,7)	19,6	(16,8–22,5)
Parisuhteessa, ei lapsia	21,4	(18,7–24,0)	23,2	(20,4–25,9)
Yksinhuoltajat	18,1	(4,9–31,4)	18,5	(11,2–25,8)
Muut yhdessä asuvat	21,6	(13,8–29,4)	26,5	(19,5–33,5)
Yksin asuvat	17,9	(14,5–21,4)	22,0	(18,4–25,5)
p-arvo		0,68		0,22

Taulukko 5.3. Merkittävä ylipaino (painoindeksi ≥ 30 kg/m²) perhetyypin mukaan (%), vähintään 65-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa	22,8	(18,9–26,8)	29,6	(25,0–34,1)
Muut yhdessä asuvat	12,0	(-1,1–25,1)	29,0	(17,9–40,1)
Yksin asuvat	17,1	(10,3–23,9)	31,9	(28,2–35,6)
p-arvo		0,18		0,73

Taulukko 5.4. Merkittävä ylipaino (painoindeksi ≥ 30 kg/m²) työmarkkina-aseman mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	19,3	(17,6–21,0)	20,0	(18,2–21,7)
Työtön	18,6	(13,0–24,2)	24,8	(19,5–30,0)
Eläkkeellä	23,6	(18,4–28,7)	29,0	(23,7–34,2)
Muut	33,4	(21,3–45,5)	19,0	(13,0–24,9)
p-arvo		0,02		<0,01

Taulukko 5.5. Merkittävä ylipaino (painoindeksi ≥ 30 kg/m²) asuinalueen mukaan (%), (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	17,7	(15,0–20,4)	21,3	(18,8–23,8)
Maaseutumaiset kunnat	22,1	(13,5–30,8)	24,0	(19,8–28,2)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	21,3	(18,2–24,5)	21,7	(18,8–24,6)
Maaseutumaiset kunnat	22,7	(18,9–26,5)	28,1	(24,3–31,9)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	21,1	(16,8–25,4)	22,9	(19,5–26,3)
Maaseutumaiset kunnat	20,2	(17,0–23,4)	28,3	(24,4–32,2)
p-arvo		0,33		<0,01

Taulukko 5.6. Vyötärölihavuuden yleisyys miehillä (vyötärön ympärys >100 cm) ja naisilla (vyötärön ympärys >90 cm) ikäryhmittäin (%).

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	Kaikki
Miehet	28,7	42,8	51,8	47,2	48,1	28,6	40,0
Naiset	25,2	42,0	52,7	61,1	61,8	50,8	43,0

Taulukko 5.7. Lihominen, laihtuminen, laihduttamisyritykset ja laihdutusryhmään osallistuminen viimeisen 12 kuukauden aikana ikäryhmittäin (%).

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85 +	Kaikki
Lihonut							
Miehet	30,6	29,7	27,2	22,2	16,3	14,3	27,9
Naiset	42,5	38,9	40,2	32,7	23,3	11,7	37,6

Lihonut vähintään 5 kg

Miehet	13,1	12,0	9,3	6,1	7,2	2,6	10,9
Naiset	18,8	15,7	13,2	9,9	6,0	5,4	14,4

Laihtunut

Miehet	19,7	20,1	22,4	21,0	17,6	38,2	20,5
Naiset	29,3	23,9	22,3	24,6	30,9	33,0	26,2

Laihtunut vähintään 5 kg

Miehet	10,3	11,6	12,2	10,0	7,6	25,6	11,0
Naiset	15,0	11,9	8,4	10,9	13,1	16,1	12,3

Yrittänyt laihduttaa

Miehet	21,7	27,0	26,0	20,1	12,0	5,5	23,2
Naiset	40,0	39,6	38,3	28,5	16,2	4,1	35,3

Osallistunut laihdutusryhmään

Miehet	0,7	0,4	1,2	0,7	0	0	0,6
Naiset	7,5	5,6	3,5	0,9	0,6	0	4,6

Pohdinta

Liikakilojen kansanterveyttä ja -taloutta kuormittava vaikutus tiedostettiin jo neljännesvuosisata sitten (Heliövaara ja Aromaa 1980, Heliövaara 1982), ja siitä alkaen lihavuuden torjunta on ollut ehkäisevän terveystalouden tärkeä osa. Lihavuus on silti yhä yleistynyt.

Suomalaisten naisten keskimääräinen painoindeksi pieneni 1960-luvun lopulta 1970-luvun lopulle. Tuona aikana merkittävästi ylipainoisten (painoindeksi >30 kg/m²) naisten osuus väheni huomattavasti (Heliövaara ja Aromaa 1980, Rissanen ym. 1988 ja 1989, Aromaa ym. 1989). Myönteinen kehitys pysähtyi 1980-luvulla, jolloin nais-

ten paino kääntyi nousuun (Lahti-Koski ym. 2000). Miesten paino on sen sijaan noussut jo 1960-luvulta alkaen (Heliövaara ja Aromaa 1980, Rissanen ym. 1988 ja 1989, Aromaa ym. 1989), ja Terveys 2000 -tutkimuksessa mitatut miesten painoindeksit ovat suurempia ja eriasteinen ylipaino tavallisempaa kuin koskaan aikaisemmin. Vaikea-asteinen lihavuus on silti yhä naisilla yleisempää kuin miehillä, mutta sukupuolten välinen ero on pienentynyt.

Lihavuuden yleisyyden vertailu eri maiden välillä on vaikeaa, koska lihavuuden yleisyys muuttuu ja vaihtelee muuallakin kuin Suomessa, edustavia väestötoksia on tutkittu vähän ja tuloksia raportoitu kirjavasti. Julkaistujen tutkimusten mukaan lihavuus on tätä nykyä erityisen yleistä yhdysvaltalaisilla miehillä ja itäeurooppalaisilla naisilla (Reunanen 2005). Miesten osalta Suomi on Euroopan kärkimaita, vaikka miesten lihavuus onkin täällä selvästi harvinaisempaa kuin Yhdysvalloissa. Naisten lihavuus on Suomessa harvinaisempaa kuin Itä-Euroopan maissa ja jokseenkin yhtä yleistä kuin muualla Euroopassa (Lahti-Koski ym. 2000, Reunanen 2005). Viime vuosina lihavuuden yleisyydestä on julkaistu hälyttäviä tuloksia lukuisista maista. Kaikkiaan lihavuuden yleisyyden voi havaita lisääntyneen suuresti ajan myötä.

Lihavuuden jatkuvasta yleistymisestä huolimatta sen esiintyvyyden eräät piirteet näyttävät kestävän ajan kulumista. Merkittävän ylipainoisuuden yleisyys vähän koulutusta saaneilla suomalaisilla verrattuna koulutettuihin (Heliövaara ja Aromaa 1982, Rissanen ym. 1989 ja 1991), eläkeläisillä verrattuna työssä oleviin (Heliövaara ja Aromaa 1980) ja maalla asuvilla verrattuna taajamissa asuviin (Heliövaara ja Aromaa 1980) on osoitettu Kelan autoklinikan jo yli 35 vuotta sitten tutkimista väestötoksista.

Vyötärön ympärysmittasta tai vyötärö–lantiosuhteesta ei ole aikaisemmin ollut terveystarkastukseen perustuvia edustavan väestötoksen tietoja. Terveys 2000 -tutkimuksen tulokset muodostavat vyötärölihavuuden monitoroinnin ensimmäisen seurantapisteen, mikäli menetelmä vakiintuu ja säilyttää asemansa seuraavaan kansalliseen terveystarkastustutkimukseen asti. Vyötärö–lantiosuhdetta on seurattu 25–64-vuotiailla FINRISKI-tutkimuksissa 1987, 1992 ja 1997 (Lahti-Koski ym. 2000). Suhde suureni tuona aikana etenkin iäkkäämmillä henkilöillä, ja muutos oli painoindexin muutoksista riippumaton.

Painoindeksin (paino jaettuna pituuden neliöllä, kg/m^2) laskeminen on epidemiologisissa tutkimuksissa vakiintunut perusmenetelmä suhteellisen painon ja eriasteinen liikapainoisuuden määrittämiseksi (Heliövaara 1990, World Health Organization 1997). Merkittävän ylipainon (usein luonnehdittu myös ”lihavuudeksi”) yleisimmin käytetty raja-arvo on 30 kg/m^2 . Vyötärölihavuuden määrittelystä ja raja-arvoista ei ole vielä yksiselitteistä suositusta eikä yhteisymmärrystä (Lahti-Koski ym. 2000). Vyötärön ympäryys kuvaa keskivartalolle ja maksaan kertyneen rasvan määrää ja se on diabeteksen ja verisuonitautien riskitekijänä rasvakudoksen kokonaismäärästä

riippumaton. Terveys 2000 -tutkimuksessa kehon koostumusta määritettiin myös bioimpedanssitutkimuksella eli sähkönjohtavuusanalyysillä (Heistaro ym. 2005), mutta tuloksia ei ole raportoitu tässä yhteydessä. Tulevaisuudessa aineisto tarjoaa mahdollisuuden verrata lihavuuden eri mittausmenetelmiä ja mittoja toisiinsa sekä tutkia, mitkä tekijät niitä määräävät ja mikä on niiden itsenäinen vaikutus sairastumisriskiin.

Lihavuus on Suomessa hyvin yleistä ja lisääntyy edelleen. Miltei kolmannes työikäisistä miehistä ja 40 prosenttia naisista lihoi edelleen tutkimusta edeltävän vuoden aikana. Koska lihominen ennakoii kroonisten sairauksien, erityisesti diabeteksen, huimaa lisääntymistä ja työ- ja toimintakyvyn alenemista, tulisi terveystaloudellisesti ja muussa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa viiveettä tehostaa painonhallintaa tukevia toimia. Myös jo syntyneen lihavuuden varhaisen hoidon tehostaminen voisi merkittävästi vähentää kroonisten sairauksien aiheuttamaa hoidon ja hoivan tarvetta.

Kirjallisuus

Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälsä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Helsinki ja Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, 1989.

Heliövaara M. Kuka on lihava? Duodecim 1990;106:457–463.

Heliövaara M, Aromaa A. Suomalaisten aikuisten pituus, paino ja lihavuus. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:19, Helsinki 1980.

Heliövaara M, Aromaa A. Lihavuus suomalaisten ongelmana. Suom Lääkäril 1982;37:205–211.

Lahti-Koski M, Pietinen P, Heliövaara M, Vartiainen E. Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982–1997 FINRISK Studies. Am J Clin Nutr 2002;75:809–817.

Lahti-Koski M, Pietinen P, Männistö S, Vartiainen E. Trends in waist-to-hip ratio and its determinants in adults in Finland from 1987 to 1997. Am J Clin Nutr 2000a;72:1436–44.

Lahti-Koski M, Vartiainen E, Männistö S, Pietinen P. Age, education and occupation as determinants of body mass index in Finland from 1982 to 1997. Int J Obes Relat Metab Disord 2000b;24:1669–76.

Reunanen A. Lihavuuden epidemiologia. Julkaisussa: Lihavuus – painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 24.–26.10.2005. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia, Vammala 2005: 9–12.

Rissanen A, Heliövaara M. Samhälleliga konsekvenser. Kirjassa: Andersen T, Rissanen A, Rössner S (toim.). Fetma/fedme - en Nordisk lärobok. Studentlitteratur, Lund 1998:55–62.

Rissanen A, Heliövaara M, Aromaa A. Overweight and weight changes in 17,000 adult Finns. *Int J Obes* 1988;12:329–339.

Rissanen A, Heliövaara M, Aromaa A, Knekt P, Reunanen A, Maatela J, Impivaara O. Liikapainoisuuden ja lihomisen esiintyminen ja taustatekijät Suomessa. *Suom Lääkäril* 1989;44:2891–2898.

Rissanen A, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A, Maatela J. Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population. *BMJ* 1990;301:835–7.

Rissanen A, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A. Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. *Eur J Clin Nutr* 1991;45:419–430.

Rissanen A, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A. Trends of obesity in Finland in 1980–2000. 12th European Congress on Obesity, Helsinki 29.5.–1.6.2003. *Int J Obesity* 2003;27(Suppl 1):S141.

Seidell JC. Time trends in obesity: an epidemiological perspective. *Horm Metab Res* 1997;29:155–58.

Visscher TLS, Rissanen A, Seidell JC, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A. Obesity and unhealthy life-years in adult Finns. An empirical approach. *Arch Intern Med* 2004;164:1423–1420.

World Health Organization. Obesity – Preventing and managing the global epidemic, report of a WHO consultation on obesity. WHO: Geneve 1997. WHO/NUT/NCD/98 1.

6 UNI JA NUKKUMINEN

Erkki Kronholm, Mikko Härmä ja Christer Hublin

Unen pituuden on todettu ennustavan kuolleisuutta ja sairastumisriskiä. Kohonnut riski liittyy sekä keskimääräistä lyhyempään että pidempään uneen (esim. Youngstedt ja Kripke 2004). Unen määrää voidaan pitää sekä terveydentilan osoittimena että terveydentilaan vaikuttavana elämäntapatekijänä. Tässä luvussa kuvataan väestön unen ja nukkumisen keskeisiä ilmiöitä – unen pituutta, unettomuusoireita ja yöllisiä hengityshäiriöitä – Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten perusteella. Uneen ja nukkumiseen liittyvät kysymykset sisältyivät tutkittavien itse täyttämään täydentävään kyselyyn (kysely 3).

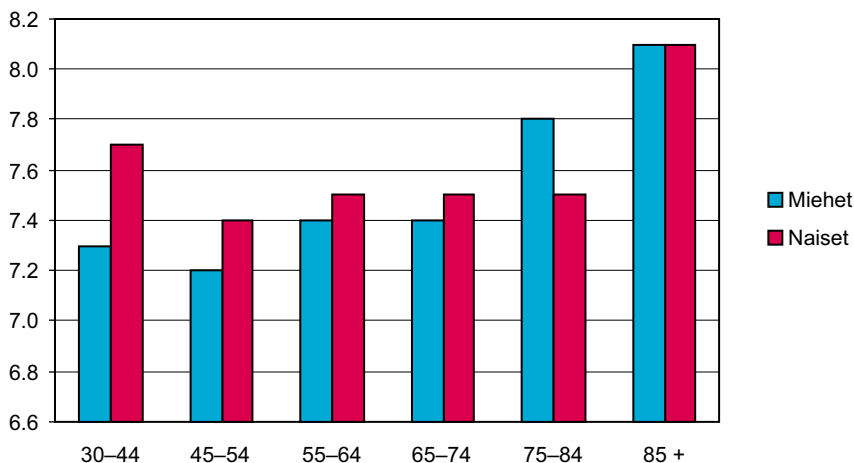
Unen pituutta arvioitiin kysymyksellä ”Kuinka monta tuntia nukutte vuorokaudessa?”. Tallennettaessa vastaukset pyöristettiin kokonaisiksi tunneiksi. Vastaavalla kysymyksellä on useissa kansainvälissä tutkimuksissa (katsaus Youngstedt ja Kripke 2004) osoitettu, että jo kuusi tuntia tai sitä vähemmän nukkuvilla sekä yli kahdeksan tuntia nukkuvilla terveysriski on kohonnut. Tässä tutkimuksessa nämä ryhmät on vastaavasti nimetty ”lyhytuniseksi” ja ”pitkäuniseksi”. Myös unettomuusoireilla on raportoitu olevan unen pituudesta riippumatonta yhteyttä terveysriskiin kuten sydänkuolleisuuteen (Mallon ym. 2002) ja depression puhkeamiseen (Riemann ja Voderholzer 2003). Unettomuusoireiden kokonaisesiintyvyyden kuvaamiseksi poimittiin ne henkilöt, jotka raportoivat usein tai lähes aina nukahtamisvaikeuksia ja/tai aamuyön valvetta (ks. kysymykset, liite 1). Unenaikaisten hengityshäiriöiden oletetaan liittyvän kohonneeseen sydäntautiriskiin (esim. Koskenvuo ym. 1987), verenpainetautiriskiin (esim. Ohayon ym. 2000) sekä diabetesriskiin (Punjabi ym. 2003). Lisäksi ne liittyvät päiväaikaiseen uneliaisuuteen ja kohonneeseen onnettomuusriskiin (esim. Horne ja Reyner 1999). Tästä syystä unenaikaisia hengityshäiriöitä pyrittiin tässä tutkimuksessa mittaamaan lääkärin toteamalla uniapneadiagnoosilla ja neljällä kuorsausta koskevalla kysymyksellä (liite 1). Uniapnea arvioitiin mahdolliseksi (henkilöllä katsottiin olevan uniapneaan viittaavia oireita), jos henkilö raportoi kuorsaavansa sekä jatkuvasti yöstä toiseen että hyvin äänekkäästi ja epätasaisesti (välillä on hengityskatkoja, jolloin ei kuulu mitään ääntä ja välillä kuuluu hyvin kovaa korahtelevaa kuorsausta) tai hänellä oli vähintään yhtenä yönä viikossa hengityskatkoksia nukkuessa.

Unen pituus

Naiset nukkuivat keskimäärin hieman pidempään (7,5 tuntia) kuin miehet (7,4 tuntia). Erityisesti nuoret naiset nukkuivat enemmän kuin nuoret miehet (kuvio 6.1). Lyhytunisia oli 15 % (miehistä 17 % ja naisista 14 %) ja pitkäunisia 13 % (miehistä 10 % ja naisista 15 %). Unen pituudella oli U-kirjaimen muotoinen yhteys ikään

(kuvio 6.1): Uni oli lyhin 45–54-vuotiaiden ryhmässä, alkoi sitten vähitellen pidentyä iän myötä ja oli erityisen pitkä yli 74-vuotiaiden ryhmässä.

Kuvio 6.1. Unen pituus ikäryhmittäin (keskiarvo tunteina).*



*Ero sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ikäryhmissä 30–44 ja 45–54 vuotta. Muissa ikäryhmissä sukupuolten välinen ero unen pituudessa ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Sosiodemografisten tekijöiden yhteys unen pituuteen ilmeni siten, että korkeimmin koulutettujen ryhmässä oli vähiten lyhytunisia, peruskoulutettujen ryhmässä eniten (taulukko 6.1). Myös pitkäunisten osuus oli korkeimmin koulutetuilla muita pienempi. Yksin asuvien joukossa oli enemmän lyhytunisia kuin parisuhteessa elävien (taulukko 6.2). Yksin asuminen näytti 30–64-vuotiailla miehillä liittyvän myös pitkäunisuuteen, mutta naisilla tätä yhteyttä ei todettu. Työmarkkina-asemalla ei ollut yhteyttä lyhytunisuuteen, mutta työssäkäyvien joukossa oli vähemmän pitkäunisia verrattuna työttömiin tai eläkeläisiin (taulukko 6.3). Myös unen keskimääräinen pituus oli yhteydessä työmarkkina-asemaan (taulukko 6.4). 30–64-vuotiaista vähiten nukkuivat koko- tai osapäivätyössä käyvät. Työttömät naiset nukkuivat työssäkäyviä naisia pidempään. Miehillä vastaavaa eroa ei ollut. Sen sijaan eläkeläiset nukkuivat työssäkäyviä pidempään, kuten myös kotona olevat naiset.

Taulukko 6.1. Lyhytunisten (≤ 6 tuntia) osuus koulutusasteen mukaan (%) (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Perusaste	20,1	(17,6–22,7)	15,7	(13,7–17,6)
Keskiaste	17,2	(14,8–19,7)	15,1	(12,5–17,6)
Korkea-aste	12,5	(9,8–15,3)	10,5	(8,6–12,4)
p-arvo	<0,01		<0,01	

Taulukko 6.2. Lyhytunisten (≤ 6 tuntia) osuus perhetyypin mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	14,7	(12,2–17,3)	8,4	(6,3–10,6)
Parisuhteessa, ei lapsia	14,5	(11,7–17,3)	12,0	(9,7–14,2)
Yksinhuoltajat	17,9	(4,7–31,1)	20,1	(12,7–27,5)
Muut yhdessä asuvat	17,9	(11,1–24,7)	11,6	(5,8–17,5)
Yksin asuvat	22,3	(18,5–26,1)	15,9	(12,2–19,6)
p-arvo	<0,01		<0,001	

Taulukko 6.3. Pitkäunisten (> 8 tuntia) osuus työmarkkina-aseman mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	4,5	(3,5–5,5)	9,6	(8,2–11,0)
Työtön	9,7	(5,3–14,1)	22,2	(16,9–27,6)
Eläkkeellä	25,4	(18,5–32,2)	23,0	(16,6–29,5)
Muut	11,0	(0,5–21,6)	21,9	(16,4–27,3)
p-arvo	<0,001		<0,001	

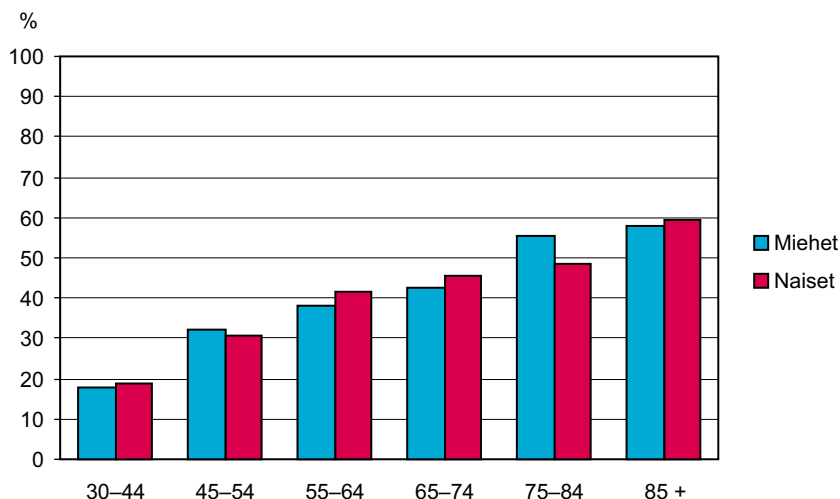
Taulukko 6.4. Unen keskimääräinen pituus työmarkkina-aseman mukaan tunteina, 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	ka	(CI 95 %)	ka	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	7,3	(7,2–7,3)	7,5	(7,4–7,5)
Työtön	7,3	(7,2–7,5)	7,7	(7,5–7,8)
Eläkkeellä	7,6	(7,4–7,7)	7,7	(7,6–7,9)
Muut	7,4	(7,1–7,7)	7,9	(7,7–8,0)
p-arvo	0,01		<0,001	

Unettomuusoireet

Unettomuudesta kärsivien määrä lisääntyi selvästi iän myötä (kuvio 6.2). Naisilla unettomuutta esiintyi hieman useammin (34 %) kuin miehillä (31 %).

Kuvio 6.2. Unettomuusoireet (usein tai jatkuvasti) ikäryhmittäin (%).*



*Unettomuusoireet lisääntyivät iän myötä. Koko aineistossa unettomuusoireiden esiintyvyys oli naisilla (33,8 %) tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,04$) suurempi kuin miehillä (31,3 %). Ikäryhmittäin tilanne kuitenkin vaihtelee.

Unettomuus oli yhteydessä koulutustasoon, perhetyyppiin 30–64-vuotiailla ja työmarkkina-asemaan. Perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä oli enemmän unettomuutta (35 %) kuin keskiasteen koulutuksen saaneilla (29 %). Naisilla koulutustaso ei ollut yhteydessä unettomuuteen. Yksin asuvilla unettomuutta oli useammin kuin lapsiperheissä asuvilla (taulukko 6.5). Työttömillä ja eläkeläisillä oli unettomuutta useammin kuin työssäkäyvillä (taulukko 6.6).

Taulukko 6.5. Unettomuusoireet perhetyypin mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	24,0	(21,0–27,0)	25,0	(21,9–28,0)
Parisuhteessa, ei lapsia	28,7	(25,6–31,8)	30,4	(27,2–33,7)
Yksinhuoltajat	31,5	(13,1–49,9)	32,7	(23,9–41,5)
Muut yhdessä asuvat	26,4	(18,6–34,2)	25,3	(17,6–33,1)
Yksin asuvat	33,4	(28,6–38,2)	34,1	(29,6–38,7)
p-arvo	0,01		<0,01	

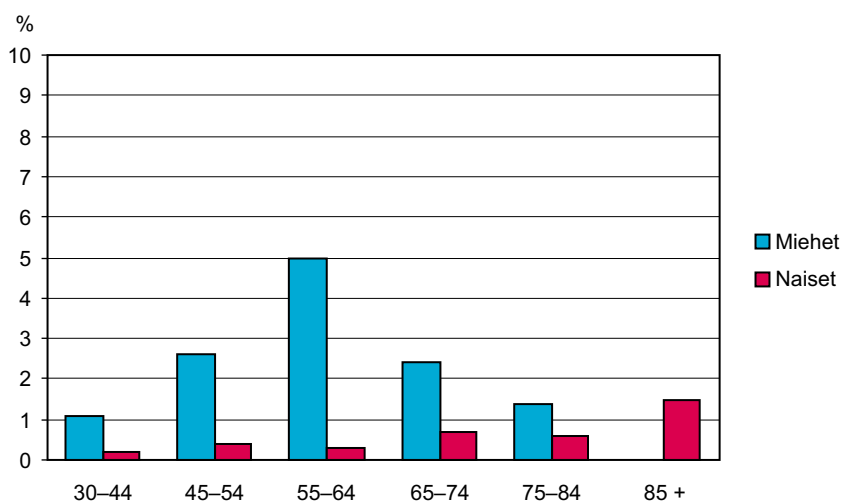
Taulukko 6.6. Unettomuusoireet työmarkkina-aseman mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	23,9	(21,8–26,0)	26,0	(23,8–28,2)
Työtön	40,6	(34,0–47,2)	36,9	(31,2–42,7)
Eläkkeellä	39,4	(33,1–45,6)	38,0	(31,8–44,1)
Muut	25,3	(9,1–41,5)	30,4	(23,1–37,7)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Unenaikaiset hengityshäiriöt

Lääkärin toteama uniapneadiagnoosi oli yleisempi miehillä (2,4 %) kuin naisilla (0,4 %). Miehillä diagnoosi oli yleisin 55–64-vuotiailla. Naisilla iällä ei ollut merkittävää vaikutusta diagnoosin yleisyyteen (kuvio 6.3).

Kuvio 6.3. Uniapneadiagnoosi ikäryhmittäin (%).*



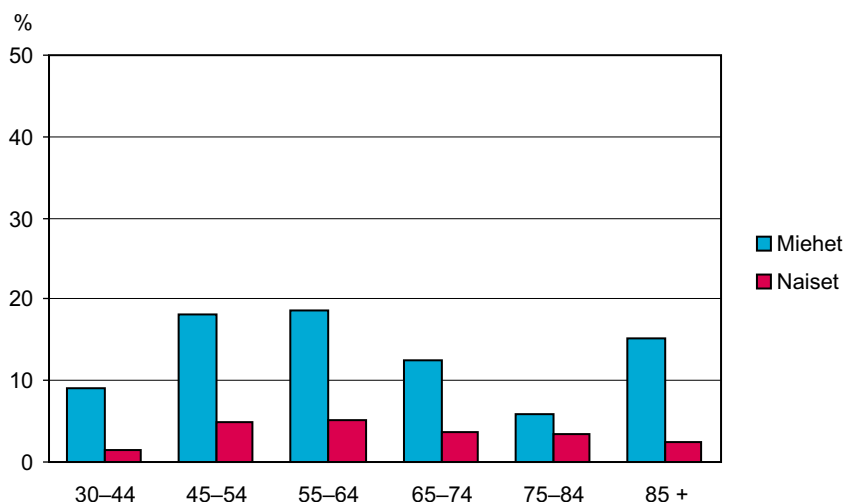
* Miehillä uniapneadiagnoosin yleisyys riippuu iästä.

Myös uniapneaan viittaavia oireita oli miehillä enemmän (14 %) kuin naisilla (4 %). Ikä oli yhteydessä oireiden yleisyyteen miehillä (kuvio 6.4). Uniapneaan viittaavat oireet olivat kaikkein yleisimpiä myöhäisessä keski-ikässä eli 55–64-vuotiailla ja toisaalta vanhuudessa eli 85 vuotta täyttäneillä.

Yksin asuvat miehet ilmoittivat harvemmin uniapneaan viittaavia oireita kuin perheelliset, mutta tähän vaikuttaa todennäköisesti puolison havainnointi. Naisilla näitä oireita oli vähemmän työssäkäyvillä kuin työttömillä tai eläkeläisillä (taulukko 6.7).

Miehillä työmarkkina-asema ei ollut yhteydessä uniapneaan viittaavien oireiden yleisyyteen (taulukko 6.7).

Kuvio 6.4. Mahdollinen uniapnea ikäryhmittäin (%).



Taulukko 6.7. Mahdollinen uniapnea työmarkkina-aseman mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	15,0	(13,1–16,8)	3,1	(2,3–3,9)
Työtön	19,2	(13,7–24,7)	9,1	(5,3–12,8)
Eläkkeellä	20,6	(15,7–25,5)	8,1	(4,9–11,3)
Muut	11,6	(2,3–20,8)	5,0	(1,5–8,5)
p-arvo	0,13		<0,001	

Pohdinta

Nykyisen tutkimustiedon valossa unen pituus on tärkeä väestötason elämäntapoihin ja terveydentilaan liittyvä tekijä, joka edellyttää jatkuvaa tutkimusseurainta. Kohonneen terveysriskin ryhmiin kuuluvia lyhytunisia oli yli 30-vuotiaiden joukossa 16 % ja pitkäunisia 13 %. Terveys 2000 -tutkimuksen nuorten aikuisten otoksessa (18–29-vuotiaat) lyhytunisia oli 9 % ja pitkäunisia 21 % (Koskinen ym. 2005).

Aikaisemmissa suomalaisissa aikuisväestöön kohdistuvissa tutkimuksissa, joiden osanottajat ovat olleet nuorempia (Hublin ym. 2001) ja/tai rajatumpia (Härmä ym. 2002), lyhytunisia on ollut vähemmän. Tulosten ero selittynee Terveys 2000 -tut-

kimuksen otoksen vanhemmalla ikärakenteella. Asiaa on kuitenkin selvitettävä lisää. Lyhyt- ja pitkäunisten väestöosuudet sopivat hyvin kansainvälisissä suurissa väestötutkimuksissa julkaistuihin arvioihin, joissa lyhytunisten väestöosuus on koko aikuisväestössä vaihdellut 14–22 % välillä ja pitkäunisten 7–10 % välillä (esim. Kripke ym. 1979; Kripke ym. 2002).

Nuoret ja vanhat nukkuvat enemmän kuin keski-ikäiset, mikä on samansuuntainen tulos kuin ruotsalaisia naisia koskevassa tutkimuksessa (Björkelund ym. 2002). Unen pituus oli kysytty samalla tavalla kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa, ja unen havaittiin olevan pidempi nuoremmilla kuin 50–66-vuotiailla.

Naiset olivat harvemmin lyhytunisia ja useammin pitkäunisia kuin miehet. Erot sukupuolten välillä olivat samansuuntaisia kuin Terveys 2000 nuorten aikuisten tutkimuksessa (Koskinen ym. 2005). Samanlainen tulos on saatu aiemmin kaksoskohortissa (Hublin ym. 2001) sekä useissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Tulevissa tutkimuksissa on seurattava, tapahtuuko näissä sukupuolieroissa muutoksia. Tähän mahdollisuuteen viittaa se, että Ruotsissa on raportoitu yli kahdeksan tuntia nukkuvien naisten suhteellisen osuuden 38-vuotiaiden kohortissa pienentyneen 1960-luvun lopun 21 prosentista 8 prosenttiin 1980-luvun alkuun mennessä (Björkelund ym. 2002).

Naiset nukkuivat myös keskimäärin pidempään kuin miehet. Tämä on kiinnostava havainto, sillä aiemminkin Suomen on raportoitu poikkeavan monesta Euroopan maasta siinä, että meillä naiset nukkuvat enemmän kuin miehet (Ohayon 2004). Nyt tarkasteltavassa aineistossa sukupuolten välinen ero unen pituudessa syntyi nuorimmissa ikäryhmissä. Vanhemmissa ikäryhmissä sitä ei ollut, mikä myös aiheuttaa sen, että koko aineistossa tarkasteltuna eron absoluuttinen suuruus on vailla käytännöllistä merkitystä. Asiaa tuleekin tarkastella erikseen nuoremmissa ikäryhmissä.

Lyhyt- ja pitkäunisuuden yhteydet sosiodemografisiin tekijöihin olivat samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa uni oli lyhin työsuhteessa olevilla. Vuonna 1997 tehdyssä 24–65-vuotiaiden suomalaisten tutkimuksessa (Salinen ym. 2000) univajeen riski oli yli kaksinkertainen työssä käyvillä verrattuna samanikäisiin eläkeläisiin. Yli kahden tunnin päivittäinen univaje oli yleisempi nuorilla, naisilla ja terveytensä huonoksi kokevilla. Eräässä äskettäisessä japanilaisessa tutkimuksessa todettiin, että verrattuna seitsemän tuntia nukkuviin, tätä vähemmän tai toisaalta enemmän nukkuvat olivat vanhempia, todennäköisemmin ilman puolisoa ja vähemmän koulutettuja (Tamakoshi ym. 2004).

Kuorsausta ja yöllisiä hengityskatkoja koskevien kysymysten avulla todettiin mahdollinen uniapnea 14 %:lla miehistä ja 4 %:lla naisista. Kuitenkin vain parilla prosentilla oli lääkärin toteama uniapneasyndrooman diagnoosi. Uniapneasyndrooman diagnosointi edellyttää todettujen hengityskatkosten lisäksi sitä, että hengityshäiri-

östä on merkittävää potilaan toimintakykyyn tai vireyteen liittyvää haittaa. Täten kaikille mahdollista uniapneaa raportoineille ei voida tehdä uniapneasyndrooman diagnoosia. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että uniapnea on Suomessa alidiagnosoitu sairaus. Uniapnea on kansanterveyden kannalta merkittävä huolenaihe, joten asiaan on kiinnitettävä huomiota tulevissa tutkimuksissa.

Keskimääräisestä poikkeava unen pituus muodostaa väestössä kaksi kansanterveyden kannalta merkittävää riskiryhmää, joilla on kohonnut terveys- ja kuolleisuusriski: lyhyt- ja pitkäuniset. Tämän riskiyhteyden luonnetta ei vielä täysin tunneta. Unta voidaan kuitenkin tarkastella sekä riskitekijänä, johon voidaan vaikuttaa samoin kuin esimerkiksi tupakointiin, alkoholinkäyttöön, ravitsemukseen ja liikuntaan, että taustalla olevaa terveydentilaa ilmentävänä tekijänä. Jatkossa lyhyt- ja pitkäunisten osuutta väestössä on seurattava yleensä sekä erityisesti nuorten ja ikääntyvien keskuudessa mahdollisten muutosten havaitsemiseksi. Samalla on edelleen selvitettävä riskiyhteyden tarkempaa luonnetta.

Kirjallisuus

- Björkelund C, Bengtsson C, Lissner L, Rödström K. (2002). Women's sleep: longitudinal changes and secular trends in a 24-year perspective. Results of the population study of women in Gothenburg, Sweden. *Sleep*, 25(8), 894–896.
- Horne J, Reyner L. (1999). Vehicle accidents related to sleep: a review. *Occup Environ Med*, 56(5), 289–294.
- Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M. (2001). Insufficient sleep – a population-based study in adults. *Sleep*, 24(4), 392–400.
- Härmä M, Kivistö M, Kalimo R, Sallinen M. (2002). Työn vaatimukset, työajat ja uni tietotekniikan ammattilaisilla. *Sitran raportteja* 22:108–120.
- Koskenvuo M, Kaprio J, Telakivi T, Partinen M, Heikkilä K, Sarna S. (1987). Snoring as a risk factor for ischaemic heart disease and stroke in men. *BMJ*, 294, 16–19.
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim (2005). Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, Helsinki.
- Kripke D, Simons R, Garfinkel L, Hammond C. (1979). Short and long sleep and sleeping pills. Is increased mortality associated? *Arch Gen Psychiatry*, 36, 103–116.
- Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, Klauber MR, Marler MR. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry*, 59(2), 131–6.
- Mallon L, Broman JE, Hetta J. (2002). Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *J Intern Med*, 251(3), 207–16.
- Ohayon MM. (2004). Interactions between sleep normative data and sociocultural characteristics in the elderly. *J Psychosom Res*, 56(5), 479–486.
- Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG, Zulley J, Smirne S. (2000). Is sleep-disordered breathing an independent risk factor for hypertension in the general population (13,057 subjects)? *J Psychosom Res*, 48(6), 593–601.
- Punjabi NM, Ahmed MM, Polotsky VY, Beamer BA, O'Donnell CP. (2003). Sleep-disordered breathing, glucose intolerance, and insulin resistance. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 136(2-3), 167–178.
- Riemann D, Voderholzer U. (2003). Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *Journal of Affective Disorders*, 76(1-3), 255–259.
- Sallinen M, Härmä M, Kalimo R, Hakanen J. (2000). The prevalence of sleep debt and its association with fatigue, performance and accidents in the modern society (People and Work, Research Reports No. 33, 140-143). Finnish Institute of Occupational Health.
- Tamakoshi A, Ohno Y, JACC Study G. (2004). Self-reported sleep duration as a predictor of all-cause mortality: results from the JACC study, Japan. *Sleep*, 27(1), 51–54.
- Youngstedt SD, Kripke DF. (2004). Long sleep and mortality: rationale for sleep restriction. *Sleep Medicine Reviews*, 8(3), 159–174.

7 TUPAKOINTI

Kristiina Patja, Laura Paalanen ja Ritva Prättälä

Tupakointia koskevat kysymykset esitettiin kotihaastattelussa. Osallistujilta kysyttiin, ovatko he koskaan elämänsä aikana tupakoineet säännöllisesti vuoden ajan ja tupakoivatko he nyt säännöllisesti. Henkilöt, jotka ilmoittivat, että eivät olleet tupakoineet elämänsä aikana säännöllisesti vähintään vuotta luokiteltiin ”ei koskaan tupakoineiksi”. Tupakointitavoista kysyttiin viimeisin tupakointikerta ja nykyisin tai aiemmin käytössä oleva tai ollut tupakkatuote (tehdasvalmisteiset savukkeet, itsekäärityt savukkeet, piipputupakka, sikarit). Päivittäin tupakoiviksi luokiteltiin henkilöt, jotka ilmoittivat tupakoivansa nykyisin ja jotka olivat tupakoineet haastattelupäivänä tai sitä edeltävänä päivänä. Satunnaisesti tupakoivat henkilöt olivat tupakoineet vähintään kaksi päivää mutta korkeintaan kuukausi aikaisemmin. Lopettaneeksi luokiteltiin henkilöt, jotka ilmoittivat tupakoineensa joskus vähintään vuoden ajan, mutta polttaneensa viimeksi yli kuukausi aikaisemmin.

Itseilmoitettu tupakointi on suomalaisessa väestöaineistossa osoittautunut luotettavaksi mittariksi (Vartiainen ym. 2002). Tupakoivien osuuden arvioon vaikuttaakin enemmän otoksen vastausprosentti, jonka lasku pienentää varsinkin miesten tupakoinnin osuutta, sillä vastaamatta jättävien tupakoivien osuus on suurempi kuin vastaajien (Hatzia Andreu ym. 1989). Seuraavassa esitetään perustuloksia päivittäisestä ja satunnaisesta tupakoinnista ja tupakkatuotteiden käytöstä sekä tupakoinnin lopettamisesta. Tupakkatuotteista tarkastellaan erikseen itsekäärittyjä savukkeita, koska niiden osuus on kasvanut (Helakorpi ym. 2005).

Päivittäinen tupakointi

Tutkimuksessa päivittäin tupakoi miehistä 29 % ja naisista 17 %. Tupakointi oli yleisintä miehillä 30–44-vuotiaiden ryhmässä (35 %). Samanikäisistä naisista 24 % tupakoi päivittäin (taulukko 7.1). Sekä miesten että naisten tupakointi väheni iän myötä. Tupakoinnin lopettaneiden osuus kasvoi iän myötä sekä miehillä että naisilla, mutta oli jo 30–44-vuotiaiden miesten joukossa 33 % ja samanikäisten naisten joukossa 40 % (taulukko 7.2).

Ikäryhmien välillä ei miehillä ollut merkittävää eroa ei koskaan tupakoineiden osuudessa (keskiarvo 18 %), mutta naisista vanhimmassa ikäryhmässä 86 % ei ollut koskaan tupakoinut, kun 30–44-vuotiaiden ryhmässä vain 29 % ei ollut koskaan tupakoinut (kuvio 7.1).

Päivittäistupakoinnin tavallisuus vaihteli selvästi koulutuksen mukaan (taulukko 7.3). Korkea-asteen koulutuksen saaneiden päivittäistupakointi oli noin puolet vähäisempää kuin perusasteen koulutuksen saaneilla. Perusasteen koulutuksen saaneet

olivat myös tupakoineet kauemmin eli aloittaneet tupakoinnin nuorempina. Työllisyys tilanne heijastui tupakoinnin yleisyyteen siten, että työssäkäyvien tupakointi oli vähäisempää kuin työttömien (taulukko 7.4).

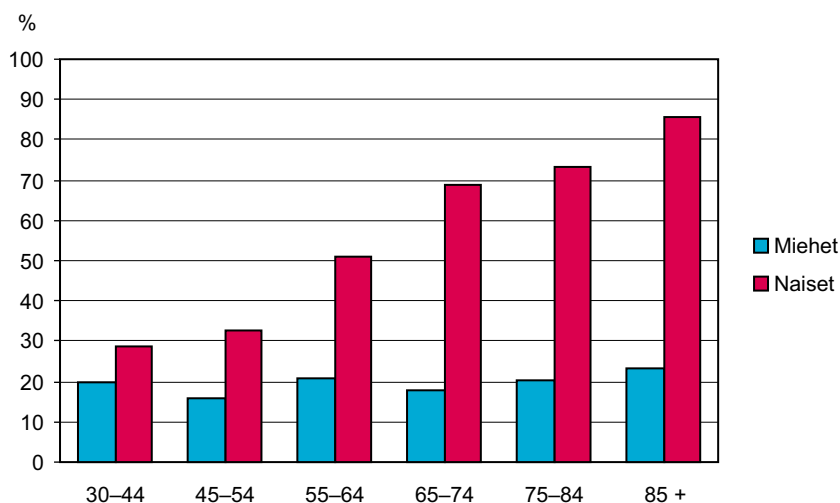
Taulukko 7.1. Päivittäin, satunnaisesti ja ei lainkaan tupakoivien osuudet (%) ikäryhmittäin.

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	Kaikki
Päivittäin							
Miehet	35,0	32,9	24,1	20,4	11,2	11,4	29,2
Naiset	23,9	23,6	13,9	6,5	2,9	2,0	16,9
Satunnaisesti							
Miehet	9,2	5,3	4,5	1,8	1,2	1,2	5,9
Naiset	8,7	4,6	3,0	1,3	0,6	0,4	4,6
Ei lainkaan							
Miehet	55,7	61,7	71,4	77,8	87,6	87,4	65,0
Naiset	67,5	71,8	83,1	92,2	96,5	97,5	78,5

Taulukko 7.2. Tupakoinnin lopettaneiden osuudet (%) joskus tupakoineiden joukossa ikäryhmittäin.

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	Kaikki
Miehet	33,1	49,7	60,7	70,7	88,5	88,2	51,3
Naiset	40,2	46,4	50,9	61,2	80,0	80,6	47,2

Kuvio 7.1. Ei koskaan elämänsä aikana tupakoineiden osuudet ikäryhmittäin (%).



Taulukko 7.3. Päivittäistupakointi koulutusasteen mukaan (%) (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Perusaste	37,0	(33,8–40,3)	24,7	(22,0–27,4)
Keskiaste	29,2	(26,5–31,8)	18,3	(16,0–20,6)
Korkea-aste	18,0	(14,9–21,1)	9,7	(8,3–11,2)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Taulukko 7.4. Päivittäistupakointi työmarkkina-aseman mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	28,0	(26,0–30,0)	20,0	(18,1–22,0)
Työtön	55,8	(49,1–62,4)	30,0	(24,8–35,1)
Eläkkeellä	37,5	(31,1–43,9)	25,6	(19,5–31,7)
Muut	39,5	(26,7–52,2)	17,1	(11,5–22,8)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Työikäisten vastaajien joukossa perhetilanne vaikutti tupakointiin etenkin naisilla. Vähiten tupakoivat parisuhteessa asuvat naiset, joiden taloudessa asui alle 18-vuotiaita lapsia (taulukko 7.5). Yksinhuoltajien tupakointi oli huomattavasti muita naisia yleisempää. Miehistä eniten tupakoivat yksin asuvat miehet. Parisuhteessa elävät tupakoivat vähemmän kuin muut yhdessä asuvat tai yksin asuvat. Myös yli 65-vuotiaiden keskuudessa päivittäistupakointi oli harvinaisinta parisuhteessa elävien ryhmässä (taulukko 7.6).

Miesten tupakoinnissa alueelliset erot eivät olleet merkitsevän suuret, mutta naisista Etelä-Suomen kaupunkien naiset tupakoivat enemmän kuin saman alueen maaseutumaisissa kunnissa asuvat naiset (Etelä-Suomen kaupungit 20 %, maaseutukunnat 14 %) (taulukko 7.7). Sama ilmiö näkyi muillakin alueilla.

Taulukko 7.5. Päivittäistupakointi perhetyypin mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	26,2	(23,3–29,2)	13,9	(11,8–16,0)
Parisuhteessa, ei lapsia	30,2	(26,8–33,5)	23,4	(20,4–26,3)
Yksinhuoltajat	34,1	(19,7–48,5)	37,1	(29,7–44,6)
Muut yhdessä asuvat	31,5	(23,8–39,2)	22,9	(15,4–30,4)
Yksin asuvat	46,4	(41,9–50,8)	30,5	(26,4–34,6)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Taulukko 7.6. Päivittäistupakointi perhetyypin mukaan (%), vähintään 65-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa	13,3	(10,3–16,2)	2,7	(1,1–4,3)
Muut yhdessä asuvat	21,8	(0,3–43,2)	10,0	(1,9–18,2)
Yksin asuvat	30,7	(23,6–37,7)	6,2	(4,1–8,4)
p-arvo	<0,001		0,02	

Taulukko 7.7. Päivittäistupakointi asuinalueen mukaan (% (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	28,5	(25,0–32,0)	20,2	(17,9–22,6)
Maaseutumaiset kunnat	29,8	(24,1–35,5)	14,3	(10,2–18,4)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	32,2	(28,4–36,0)	16,4	(13,8–19,1)
Maaseutumaiset kunnat	28,8	(23,0–34,6)	13,5	(10,6–16,4)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	28,2	(23,7–32,8)	19,1	(15,1–23,0)
Maaseutumaiset kunnat	27,4	(24,5–30,3)	13,7	(11,6–15,7)
p-arvo	0,50		<0,001	

Itsekäärityjen savukkeiden polttaminen

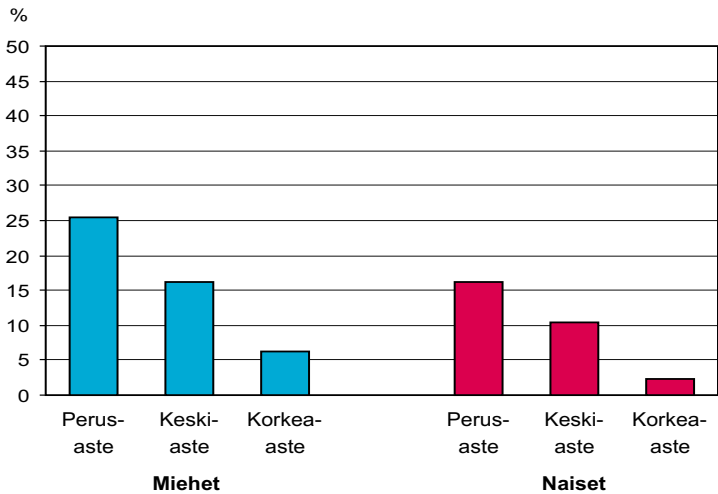
Itsekäärityjen savukkeiden polttaminen oli yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. Koulutus vaikuttaa taloudelliseen asemaan, mikä näkyi itsekäärityjen savukkeiden polttamisessa. Korkean koulutusasteen miehistä 6 % poltti itsekäärityjä savukkeita, kun keskiasteen koulutuksen saaneista 16 % ja perusasteen koulutuksen saaneista 26 % kääri savukkeensa itse (taulukko 7.8, kuvio 7.2). Naisilla vastaavat luvut olivat 2 %, 11 % ja 16 %. Myös työttömyyden taloudellinen vaikutus näkyi itsekäärityjen savukkeiden käytössä (taulukko 7.9, kuvio 7.3). Työttömistä miehistä 48 % kääri itse savukkeensa ja naisista 27 %, kun työssäkäyvien joukossa vastaavat osuudet olivat vain 10 % ja 6 %.

Itsekäärityjä savukkeita polttivat työikäisistä miehistä ja naisista eniten yksin asuvat (30 % ja 15 %) (taulukko 7.10). Yli 65-vuotiaiden aineisto ei riittänyt perhetyypin mukaiseen tarkasteluun. Itsekäärityjen savukkeiden polttaminen oli erityisen yleistä Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvilla miehillä (taulukko 7.11).

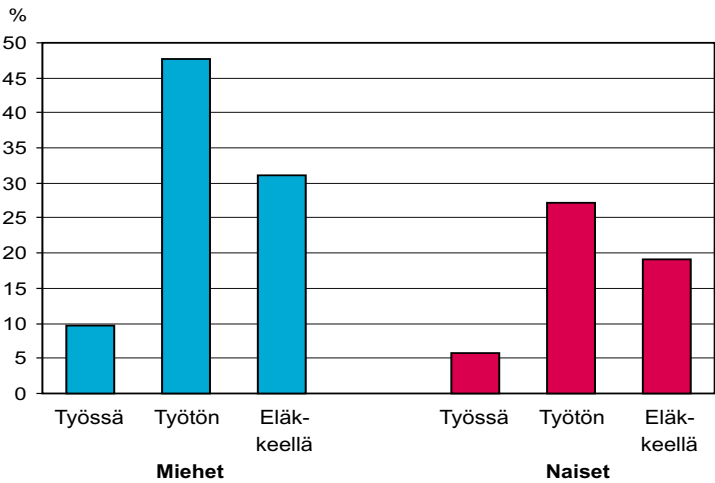
Taulukko 7.8. Itsekäärityjä savukkeita polttavien osuus kaikista savukkeita polttavista koulutusasteen mukaan (%) (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Perusaste	25,5	(21,1–29,8)	16,2	(11,9–20,5)
Keskiaste	16,1	(11,9–20,2)	10,5	(6,3–14,6)
Korkea-aste	6,2	(2,3–10,1)	2,3	(0,1–4,5)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Kuvio 7.2. Itsekäärityjä savukkeita polttavien osuus kaikista savukkeita polttavista koulutusasteen mukaan (%) (ikävakioitu).



Kuvio 7.3. Itsekäärityjä savukkeita polttavien osuus kaikista savukkeita polttavista työmarkkina-aseman mukaan, 30–64-vuotiaat (%) (ikävakioitu).



Taulukko 7.9. Itsekäärityjä savukkeita polttavien osuus kaikista savukkeita polttavista työmarkkina-aseman mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	9,6	(7,1–12,2)	5,7	(3,5–7,9)
Työtön	47,6	(38,9–56,2)	27,3	(18,0–36,6)
Eläkkeellä	31,2	(19,5–42,9)	19,2	(6,6–31,8)
Muut	17,4	(1,3–33,5)	16,9	(5,7–28,1)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Taulukko 7.10. Itsekäärityjä savukkeita polttavien osuus kaikista savukkeita polttavista perhetyypin mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	11,1	(6,9–15,3)	4,1	(1,1–7,2)
Parisuhteessa, ei lapsia	14,6	(9,8–19,4)	13,1	(8,5–17,8)
Yksinhuoltajat	8,6	(-7,6–24,8)	10,6	(2,3–18,9)
Muut yhdessä asuvat	21,7	(8,6–34,8)	13,5	(1,0–25,9)
Yksin asuvat	30,2	(24,3–36,0)	15,2	(9,5–20,9)
p-arvo	<0,001		0,04	

Taulukko 7.11. Itsekäärityjä savukkeita polttavien osuus kaikista savukkeita polttavista asuinalueen mukaan (%) (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	10,7	(6,8–14,6)	6,0	(2,6–9,3)
Maaseutumaiset kunnat	13,2	(0,9–25,5)	9,9	(5,5–14,3)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	16,5	(11,4–21,7)	13,5	(8,5–18,5)
Maaseutumaiset kunnat	12,5	(6,2–18,8)	7,0	(1,4–12,6)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	32,3	(23,5–41,2)	14,9	(8,2–21,6)
Maaseutumaiset kunnat	29,0	(22,8–35,2)	16,8	(9,0–24,6)
p-arvo	<0,001		0,04	

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tulokset ovat pääpiirteissään sopusoinnussa Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys ja Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimusten kanssa (Helakorpi ym. 2005, Sulander ym. 2004). Tupakoinnin yleisyys on laskenut Suomessa tasaisen hitaasti, mutta samaan aikaan väestöryhmien väliset erot tupakoinnissa ovat kasvaneet (Helakorpi ym. 2005). Aiempien tutkimusten mukaan työikäisistä suomalaismiehistä tupakoi päivittäin vajaa kolmasosa, naisista noin viidesosa (Helakorpi ym. 2005). Tupakoinnin yleisyydestä saatuja tuloksia ei kuitenkaan voida suoraan vertailla eri tutkimusten kesken, koska tutkimusten aineistot ovat esim. ikäjakaumaltaan erilaisia. Kolmekymmentä vuotta täyttäneiden päivittäistupakointi näyttää tämän tutkimuksen mukaan olevan hieman yleisempää kuin Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen mukaan (Helakorpi ym. 2005), mikä saattaa selittyä Terveys 2000 -tutkimuksen korkeammalla vastausprosentilla. Kaikkien tutkimusten mukaan suomalaiset miehet erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä tupakoivat kuitenkin useammin kuin naiset ja vähän koulutettut, yksinasuvat ja yksinhuoltajat useammin kuin parisuhteessa elävät.

Koulutusryhmien välinen ero päivittäisessä tupakoinnissa on keskeinen tekijä koulutusryhmien välisen kuolleisuuseron synnyssä (Pekkanen ym. 1995, Huisman ym. 2003, Avendano ym. 2004, Huisman ym. 2004, Mackenbach ym. 2004, Huisman ym. 2005). Koulutusryhmien väliset erot päivittäistupakoinnissa syntyvät jo tupakoinnin kokeiluvaiheessa, kun koulutuksensa perusasteeseen jättävät tai keskiasteelle jatkavat kokeilevat tupakointia useammin kuin ne, jotka jatkavat korkeammalle koulutusasteelle (Koivusilta ym. 1998, Koivusilta ym. 2001). Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksessa kaikista miehistä 73 % ja naisista 40 % oli kokeillut tupakointia vähintään sadan savukkeen verran, kun korkea-asteen koulutuksen saaneiden joukossa vastaavat luvut olivat 50 % ja 29 % (Helakorpi ym. 2004). Tupakoinnin lopettaminen lisääntyy iän myötä kaikissa koulutusryhmissä, mutta koulutusryhmien väliset erot tupakoinnissa säilyvät (Paavola ym. 2001, Paavola ym. 2004).

Työmarkkina-asema riippuu myös koulutuksesta. Koska koulutettujen työllisyys on parempi, koulutus heijastuu myös työttömien korkeampiin tupakointilukuihin. Koulutus on myös yhteydessä työn laatuun, joka taas vaikuttaa tupakointikäyttäytymiseen. Työtehtävissä, joissa on vähän mahdollisuuksia vaikuttaa työn sisältöön tai jotka koetaan stressaaviksi, tupakoidaan enemmän (Kraft ym. 1998). Koulutus ja työllisyys heijastuvat taloudelliseen asemaan, jota kuvaa itsekäärityjen savukkeiden yleisempi käyttö perusasteen koulutuksen saaneiden ja työttömien ryhmissä. Koska tupakkariippuvuus on varsin pysyvää, tulisi tupakoinnin ehkäisyyn panostaa erityisesti perus- ja keskiasteella. Työttömien terveyden edistämisessä tupakoinnin lopettamisen tukeminen olisi tärkeää.

Itsekäärityjen savukkeiden pienempi verotus ohjaa niiden kulutusta. Itsekäärityjen savukkeiden häkä- ja tervapitoisuudet ovat korkeammat kuin tehdasvalmisteisten savukkeiden, mikä lisää niiden terveysriskejä (Launoy ym. 2000). Ilmeisesti myös elimistön nikotiinipitoisuus on itsekäärityjä savukkeita poltettaessa suurempi, koska tupakoinnin lopettaminen näyttäisi olevan vaikeampaa itsekäärityjä savukkeita polttaville (Kraft ym. 1998). Tupakkatuotteiden verotuksella ohjataan tällä hetkellä pienituloisempia tupakoimaan itsekäärityjä, mikä voi johtaa lisääntyneeseen tupakkasairauksien määrään tässä ryhmässä.

Perhetyypin vaikutus tupakointiin on samankaltainen kuin muissakin terveyskäyttäytymismuodoissa, eli parisuhteessa elävät tupakoivat vähemmän. Yksinhuoltaja-äitien tupakointi on yleistä, ja he tupakoivat useammin itsekäärityjä savukkeita. Se heijastaa heidän nuorta ikäänsä, alhaisempaa koulutusastettaan, työllisyystilannettaan sekä taloudellista tilannettaan (Jaakkola ym. 2001a). Raskaudenaikaisen tupakoinnin lopettamisen tukemisessa yksinhuoltajaäidit muodostavat yhden keskeisen ryhmän, johon voimavaroja tulisi suunnata (Jaakkola ym. 2001b). Tämän ryhmän kautta saataisiin lisäksi pienten lasten tupakansavualtistusta vähennettyä.

Yleisesti voidaan todeta, että vieroituspalveluita tulisi kohdentaa ryhmiin, joissa tupakoidaan erityisen paljon, koska näihin ryhmiin kasautuu muitakin terveysriskejä (Laaksonen ym. 1998). Toimenpiteet tupakoinnin vähentämiseksi ovat olleet tuloksekkaita, mutta tarvetta näyttää olevan myös uusille keinoille ja kohdentamiselle tupakoinnin ehkäisyssä ja lopettamisen tukemisessa.

Kirjallisuus

Avendano M, Kunst AE ym. (2004). Educational level and stroke mortality: a comparison of 10 European populations during the 1990s. *Stroke* 35(2): 432–7.

Hatziaandreu EJ, Pierce JP ym. (1989). The reliability of self-reported cigarette consumption in the United States. *Am J Public Health* 79;(8):1020–3.

Helakorpi S, Patja K ym. (2004). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2004, Health behaviour and health among the Finnish adult population, Spring 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13/2004. Helsinki, Kansanterveyslaitos.

Helakorpi S, Patja K ym. (2005). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005, Health behaviour and health among the Finnish adult population, Spring 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005. Helsinki, Kansanterveyslaitos.

Huisman M, Kunst AE ym. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health* 58(6): 468–75.

Huisman M, Kunst AE ym. (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 365(9458): 493–500.

Huisman M, Kunst AE ym. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Med* 57(5): 861–73.

Jaakkola N, Jaakkola MS ym. (2001a). Smoking during pregnancy in Finland: determinants and trends, 1987-1997. *Am J Public Health* 91(2): 284–6.

Jaakkola N, Zahlsen K ym. (2001b). Effects of a population-based smoking cessation programme on smoking in pregnancy. *Eur J Public Health* 11(4): 446–9.

Koivusilta L, Rimpelä A ym. (1998). Health related lifestyle in adolescence predicts adult educational level: a longitudinal study from Finland. *J Epidemiol Community Health* 52(12): 794–801.

Koivusilta LK, Rimpelä AH ym. (2001). Health behavior-based selection into educational tracks starts in early adolescence. *Health Educ Res* 16(2): 201–14.

Kraft P, Svendsen T ym. (1998). Intention to stop smoking among Norwegian smokers: the role of nicotine dependence, type of cigarettes, and age at onset of daily smoking. *Addict Behav* 23(1): 133–7.

Laaksonen M, Rahkonen O ym. (1998). Smoking status and relative weight by educational level in Finland, 1978-1995. *Prev Med* 27(3): 431–7.

Launoy G, Milan C ym. (2000). Tobacco type and risk of squamous cell cancer of the oesophagus in males: a French multicentre case-control study. *Int J Epidemiol* 29(1): 36–42.

Mackenbach JP, Huisman M ym. (2004). Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur J Cancer* 40(1): 126–35.

Paavola M, Vartiainen E ym. (2004). Smoking from adolescence to adulthood: the effects of parental and own socioeconomic status. *Eur J Public Health* 14(4): 417–21.

Paavola M, Vartiainen E ym. (2001). Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Educ Res* 16(1): 49–57.

Pekkanen J, Tuomilehto J ym. (1995). Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern Finland. *BMJ* 311(7005): 589–93.

Rimpelä A, Lintonen T ym. (2002). Nuorten terveystapatutkimus 2001, Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutokset 1977-2001. Helsinki, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes: 60.

Vartiainen E, Seppälä T ym. (2002). Validation of self reported smoking by serum cotinine measurement in a community-based study. *J Epidemiol Community Health* 56(3): 167–70.

8 ALKOHOLINKÄYTTÖ

Kari Poikolainen ja Laura Paalanen

Alkoholin kulutus selvitettiin osana itse täytettävää kyselyä (peruskysely, kysely 1). Lomakkeessa kysyttiin, kuinka usein vastaaja oli käyttänyt olutta, viiniä ja väkeviä alkoholijuomia lomakkeen täyttöpäivää edeltäneiden 12 kuukauden aikana ja kuinka paljon hän oli keskimäärin viikossa juonut näitä juomia edeltäneen kuukauden aikana. Oluen alkoholipitoisuudeksi oletettiin 3,6 %, viinin 10 % ja väkevien juomien 35 % (g/100 ml). Näiden tietojen perusteella laskettiin arvio alkoholin kulutuksesta. Kulutus ilmoitetaan jäljempänä grammoina joko päivää (g/vrk) tai viikkoa (g/viikko) kohti. Yksi ravintola-annos sisältää keskimäärin noin 12 g alkoholia. Jäljempänä esitettävät muut kuin ikäryhmittäiset luvut ovat ikävakioituja ja edustavat 30-vuotiaasta ja sitä vanhempaa Suomen väestöä.

Raittiit

Raittiita oli yhteensä 14 % miesväestöstä ja 29 % naisväestöstä. Mitä vanhemmas-ta ikäryhmästä oli kyse, sitä pienempi osa käytti alkoholia ja sitä suurempi osa oli raittiita. Alkoholin käytön lopettaneita oli miehistä 7 % ja naisista 4 %. Miehistä alkoholin käytön lopettaneita oli 30–44-vuotiaiden joukossa 3 %, mutta osuus suureni aina 25 %:iin ikäryhmässä 75–84-vuotiaat. Lopettaneiden osuus oli naisten joukossa pieni, ikäryhmästä riippuen 3–6 %. Koko elinikänsä raittiita oli 7 % miesväestöstä ja 25 % naisväestöstä.

Raittiiden osuus oli suurin vähiten koulutusta saaneiden keskuudessa. Perusasteen koulutuksen saaneista miehistä 19 % ja naisista 36 % oli raittiita. Raittiiden osuus oli tavallista suurempi ryhmässä ”muut yhdessä asuvat”, johon kuuluivat muut kuin lapsiperheet ja lapsettomat parisuhteet. Tässä ryhmässä koko elinikänsä raittiita oli miehistä 25 % ja naisista 30 % keski-ikäisten (30–64-vuotiaiden) joukossa. Raittiiden määrä oli pienempi koko- tai osapäivätyössä olevien joukossa kuin työelämästä poissa olevien joukossa (taulukko 8.1).

Taulukko 8.1. Raittiiden osuus työmarkkina-aseman mukaan, 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	8,3	(6,8–9,7)	13,8	(11,8–15,7)
Työtön	14,5	(9,5–19,4)	24,8	(19,5–30,1)
Eläkkeellä	18,7	(13,7–23,7)	28,2	(22,0–34,4)
Muut	24,6	(10,8–38,4)	21,8	(14,3–29,4)
p-arvo	<0,001		<0,001	

Koko elinikänsä raittiita oli myös enemmän ryhmissä, jotka olivat saaneet vähemmän koulutusta. Perusasteen koulutuksen saaneista miehistä 8 % ja naisista 31 % oli elinikänsä raittiita. Heidän määränsä oli tavallista suurempi ryhmässä ”muut yhdessä asuvat” keski-ikäisten joukossa. Tässä ryhmässä koko elinikänsä raittiita oli miehistä 16 % ja naisista 25 %.

Alkoholinkäyttö

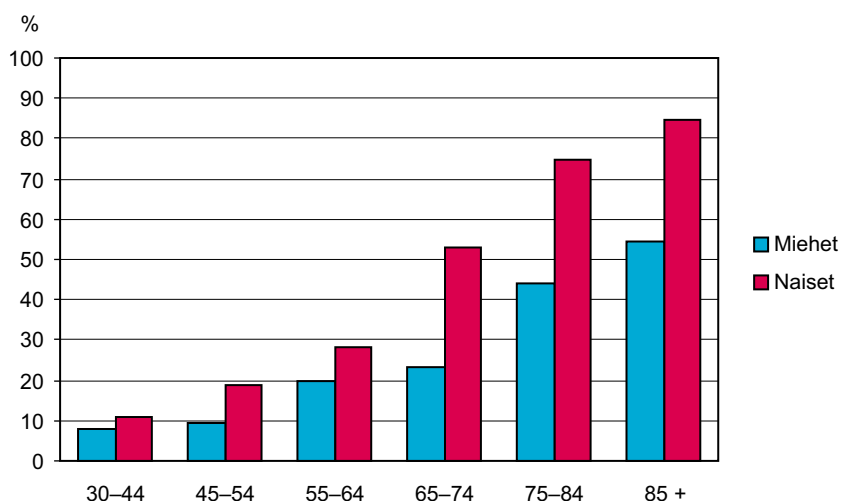
Alkoholijuomia käytti kerran viikossa tai useammin miehistä 51 % ja naisista 27 %. Jokaviikkoinen käyttö oli yleisintä 30–54-vuotiaiden työikäisten joukossa. Mitä vanhempi ikäryhmä, sitä harvemmin alkoholijuomia käytettiin ja sitä yleisempää oli raittius (taulukko 8.2, kuvio 8.1).

Alkoholinkäyttäjien keskuudessa keskimääräinen alkoholin kulutus oli miehillä 23 g/vrk ja naisilla 8 g/vrk. Suurinta kulutus oli ikäryhmässä 45–54-vuotiaat: miehillä 28 g/vrk ja naisilla 9 g/vrk. Keski-ikäisten alkoholinkäyttö oli parisuhteessa elävillä vähäisempää kuin muissa siviilisäätyryhmissä (taulukko 8.3). Keskimääräinen kulutus oli pienempi koko- tai osapäivätyössä olevien joukossa kuin työelämästä poissa olevien joukossa (taulukko 8.4). Koulutusasteen suhteen ei ollut eroja keskimääräisessä kulutuksessa.

Taulukko 8.2. Alkoholin käytön taajuus edeltäneiden 12 kuukauden aikana ikäyhmittäin (%).

	30–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	Kaikki
Miehet							
Ei kertaakaan	5,1	7,9	16,3	20,1	38,8	41,4	11,8
Harvemmin kuin kerran / kk	14,0	11,1	15,9	19,0	18,6	10,6	14,3
Kerran tai pari / kk	24,9	23,1	20,7	22,3	22,7	15,5	23,2
Vähintään kerran viikossa	56,0	57,9	47,1	38,7	19,9	32,5	50,7
p-arvo							<0,001
Naiset							
Ei kertaakaan	7,2	13,4	22,3	40,6	63,2	78,8	22,8
Harvemmin kuin kerran / kk	26,5	28,2	30,7	28,3	18,0	10,1	26,8
Kerran tai pari / kk	29,9	23,6	22,8	17,8	10,0	4,7	23,0
Vähintään kerran viikossa	36,4	34,8	24,3	13,3	8,7	6,5	27,4
p-arvo							<0,001

Kuvio 8.1. Raittiuden osuudet (%) ikäryhmittäin.



**Taulukko 8.3. Alkoholin keskimääräinen kulutus (g/vrk) alkoholia käyttävillä perhetyy-
pin mukaan, 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).**

	Miehet		Naiset	
	ka	(CI 95 %)	ka	(CI 95 %)
Parisuhteessa, lapsia	21,8	(19,8–23,8)	7,2	(6,2–8,2)
Parisuhteessa, ei lapsia	22,6	(20,3–24,9)	9,1	(8,1–10,2)
Yksinhuoltajat	25,5	(14,8–36,2)	9,7	(7,1–12,4)
Muut yhdessä asuvat	30,7	(23,5–37,9)	12,0	(7,3–16,7)
Yksin asuvat	31,7	(27,4–36,0)	10,0	(8,5–11,4)
p-arvo	<0,001		0,01	

**Taulukko 8.4. Alkoholin keskimääräinen kulutus (g/vrk) alkoholia käyttävillä työmark-
kina-aseman mukaan, 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).**

	Miehet		Naiset	
	ka	(CI 95 %)	ka	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	22,6	(21,1–24,1)	8,6	(7,9–9,3)
Työtön	38,6	(29,6–47,5)	11,9	(9,2–14,7)
Eläkkeellä	25,2	(21,0–29,4)	8,2	(6,4–10,0)
Muut	27,7	(18,7–36,8)	5,9	(4,5–7,3)
p-arvo	<0,01		<0,001	

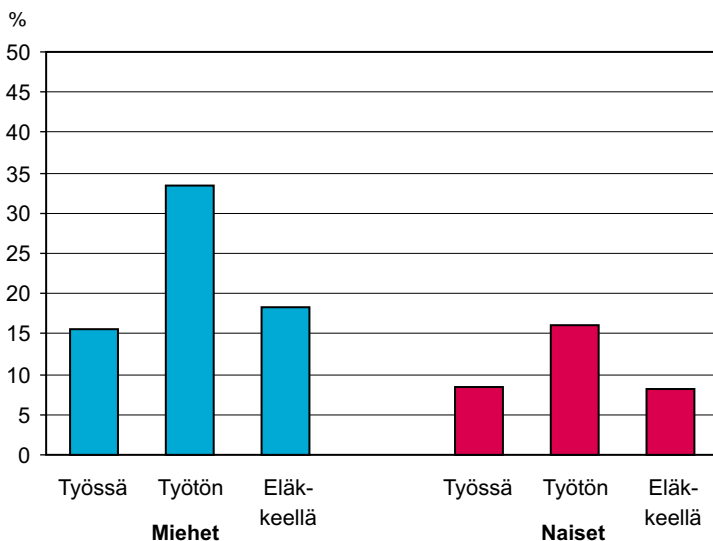
Suurkuluttajat

Alkoholinkäytöllään terveytensä vaarantavina suurkuluttajina on eräissä kansainvälisissä lyhytneuvontatutkimuksissa pidetty miehiä, jotka juovat viikossa enemmän kuin 280 g ja naisia, jotka juovat enemmän kuin 160 g alkoholia (Heather ym. 1987, Wallace ym. 1988). Näiden määritelmien mukaisia suurkuluttajia oli miehistä 13 % ja naisista 5 %. Eniten suurkuluttajia oli miehistä 45–54-vuotiaiden joukossa (18 %) ja naisista 30–44-vuotiaiden joukossa (7 %). Vanhemmassa väestössä suurkuluttajien osuus oli sitä pienempi, mitä ikääntyneemmästä ryhmästä oli kyse. Suurkuluttajia oli työttömien keskuudessa enemmän kuin muissa toimeentulon mukaan muodostetuissa ryhmissä (taulukko 8.5, kuvio 8.2). Suurkuluttajien määrä ei ollut merkittävästi erilainen koulutustasteen mukaisissa ryhmissä eikä miesten osalta asuinalueen mukaisissa ryhmissä. Suurkuluttajanaisia oli enemmän taajaan asutuilla kuin harvaan asutuilla alueilla.

Taulukko 8.5. Suurkuluttajien osuus työmarkkina-aseman mukaan, 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet alkoholia > 280 g/viikko		Naiset alkoholia > 160 g/viikko	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
Koko- tai osapäivätyössä	15,5	(13,6–17,5)	8,4	(6,9–9,9)
Työtön	33,5	(24,9–42,2)	16,1	(9,9–22,2)
Eläkkeellä	18,3	(12,5–24,1)	8,2	(2,5–13,9)
Muut	24,7	(11,5–37,9)	4,1	(0,5–7,8)
p-arvo	<0,001		<0,01	

Kuvio 8.2. Suurkuluttajien osuudet työmarkkina-aseman mukaan, 30–64-vuotiaat (%) (ikävakioitu).



Pohdinta

Tulosten perusteella näyttää siltä, että raittius vähenee väestössä sitä mukaa, kun uusia syntymäikäluokkia tulee alkoholin käyttöikään. Lapsettomat ja vähän koulutusta saaneet ovat raittiita muita useammin. Alkoholin käyttökertojen määrä näyttää vähenvän iän myötä. Työttömät kuluttavat alkoholia muita ryhmiä enemmän, ja heidän keskuudessaan on enemmän alkoholin suurkuluttajia. Tämä tutkimus ei koskenut alle 30-vuotiaita nuoria aikuisia, joka on monien aiempien tutkimusten mukaan eniten alkoholia kuluttava ikäryhmä. Vanhemmissa ikäryhmissä kulutus on keskimäärin vähäisempää. Kansanterveyden kannalta tärkein havainto oli suurkuluttajien suuri määrä sekä keski-ikäisten miesten että työttömien miesten joukossa. Kaikista 45–54-vuotiaista miehistä suurkuluttajia oli lähes yksi viidennes, työttömistä miehistä yksi kolmannes.

Suomalaisten alkoholinkäyttöä vuonna 2000 on tutkittu myös haastattelemalla 15–69-vuotiaita suomalaisia edustavaa otosta (Metso ym. 2002) ja 15–64-vuotiaille osoitetulla postikyselyllä vuoden 2001 keväällä samaan aikaan, jolloin Terveys 2000 -tutkimuksen aineisto kerättiin (Helakorpi ym. 2001). Tulosten suora vertailu nyt esitettyihin lukuihin ei ole mahdollista käytettyjen kysymysten, luokitusten ja tulosten ilmoittamistapojen erojen vuoksi. Alkoholinkäytön ja raittiuden vaihtelu iän, sukupuolen, koulutusasteen ja siviilisäädyn mukaan oli kuitenkin näissä tutkimuksissa samansuuntaista.

Kirjallisuus

Heather N, Campion PD, Neville RG, MacCabe D. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *J Roy Coll Gen Pract* 1987;37:358–363.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisten aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2001, Helsinki 2001.

Metso L, Mustonen H, Mäkelä P, Tuovinen EL. Suomalaisten juomatavat vuonna 2000: Taulukkoraportti vuoden 2000 tutkimuksen perustuloksista ja vertailuja aiempiin juomatapatutkimuksiin. Aiheita 3/2002, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 2002.

Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988;297:663–668.

9 POHDINTA

Ritva Prättälä ja Laura Paalanen

Tämän 30 vuotta täyttäneeseen suomalaisväestöön kohdistuneen peruskartoituksen tarkoituksena oli kuvata, mitkä sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä terveyden kannalta haitallisiin tai edullisiin elintapoihin. Tulokset osoittavat, että elintavat eivät jakaudu suomalaisväestössä tasaisesti, ja että myös lihavuudessa on selviä väestöryhmäeroja.

Sukupuoli oli yhteydessä kaikkiin tutkittuihin elintapoihin (taulukko 9.1). Naisten ruokatottumukset olivat terveellisemmät kuin miesten, ja he olivat harvemmin yli-painoisia kuin miehet. Miehet tupakoivat useammin kuin naiset ja käyttivät alkoholia naisia enemmän. Liikunnan ja nukkumisen sukupuolierot eivät olleet kovin suuria eivätkä johdonmukaisia, vaan riippuivat mm. liikunnan lajista, unihäiriön ja nukkumistottumuksen tyypistä sekä ikäryhmästä. Kaikkiaan naisten elintavat olivat terveellisemmät kuin miesten.

Ikä ei ollut tässä yli 30-vuotiaisiin kohdistuneessa tutkimuksessa samalla tavoin yhteydessä kaikkiin elintapoihin (taulukko 9.1). Ruokatottumusten ikäryhmäerot olivat melko pieniä; 45–64-vuotiaiden ruokatottumukset olivat hieman terveellisemmät kuin heitä nuorempien tai vanhempien. Fyysinen aktiivisuus oli suurimmillaan juuri eläkeiän saavuttaneiden ryhmässä. Vähiten liikkuivat 45–54-vuotiaat, jotka myös nukkuivat vähemmän kuin heitä nuoremmat tai vanhemmat. Lihavuus ja unetomuuksireet olivat sitä yleisempiä mitä vanhemmasta ryhmästä oli kyse, toisaalta myös tupakoimattomuus ja raittius. Päivittäistupakointi oli yleisintä nuorimmassa ryhmässä ja harvinaistui johdonmukaisesti siirryttäessä yhä vanhempaan ryhmään. Alkoholin suurkulutus oli huomattavan yleistä 45–54-vuotiailla miehillä.

Koulutus oli yhteydessä ruokatottumuksiin, lihavuuteen, unihäiriöihin, tupakointiin ja raittiuteen, mutta ei fyysiseen aktiivisuuteen. Vähän koulutetut söivät epäterveellisemmin ja tupakoivat useammin kuin pitkälle koulutetut. He kärsivät pitkälle koulutettuja useammin unihäiriöistä, mutta olivat keskimääräistä useammin raittiita. He olivat pitkälle koulutettuja lihavampia. Erityisen suuria olivat tupakoinnin koulutusryhmäerot.

Perhetyypin mukaiset erot olivat epäjohdonmukaisia, toisin sanoen perhetyyppi oli eri tavoin yhteydessä eri elintapoihin. Lisäksi perhetyyppi vaikutti miesten elintapoihin eri tavoin kuin naisten. Yksin asuvat tai yksinhuoltajat näyttivät kuitenkin olevan huonommassa asemassa kuin parisuhteessa ja lapsiperheessä elävät. Parisuhteessa elävät esimerkiksi tupakoivat ja käyttivät alkoholia muita vähemmän. Tupakointi oli miehistä tavallisinta yksin asuvilla ja naisista yksinhuoltajilla.

Taulukko 9.1. Sosiodemografisten tekijöiden tärkeimmät yhteydet elintapoihin.

Miehillä enemmän tai useammin	Naisilla enemmän tai useammin
Sokeroitua kahvia tai teetä	Tuoreita kasviksia
Sokeroitua mehua, virvoitusjuomia	Vähärasvaista juustoa
Ylipainoa, lihavuutta	Ksyytilipurukumia
Paino ennallaan	Lihomista ja laihtumista
	Työmatkaliikuntaa
Unenaikaisia hengityshäiriöitä	Unta
Tupakointia	
Itse käärittyjä savukkeita	
Alkoholia	Raittiutta
Nuoremmilla enemmän tai useammin	Vanhemmilla enemmän tai useammin
Margariinia leipärasvana	Lihavuutta
	Unettomuutta
Tupakointia	Tupakoimattomuutta
Alkoholia	Raittiutta
Vähän koulutetuilla enemmän tai useammin	Pitkälle koulutetuilla enemmän tai useammin
Lihavuutta	Kasviksia, vähärasvaista juustoa
Unettomuutta	
Tupakointia	
Itse käärittyjä savukkeita	
Raittiutta	Alkoholia
Sokeroitua kahvia tai teetä	
Työttömillä enemmän tai useammin	Työssäkäyvillä enemmän tai useammin
Unettomuutta	
Tupakointia	
Alkoholin suurkulutusta	
Raittiutta	Alkoholia
Maaseudulla enemmän tai useammin	Kaupungeissa enemmän tai useammin
Sokeroitua kahvia tai teetä	Margariinia leivällä, kasviksia,
Sokeroitua mehua, virvoitusjuomia	vähärasvaista juustoa
	Tupakointia
Lihavuutta	Liikuntaa

Työmarkkina-asema oli yhteydessä unihäiriöihin, alkoholinkäyttöön ja liikuntaan. Työssäkäyvät olivat muita harvemmin raittiita, kun taas työttömät olivat muita useammin alkoholin suurkuluttajia. Työttömät nukkuivat huonommin kuin työssäkäyvät mutta paremmin kuin eläkeläiset. Eläkeläiset liikkuiivat muita useammin, mutta nukkuivat keskimääräistä huonommin.

Kaupunkimaisissa kunnissa liikuttiin enemmän ja syötiin enemmän kasviksia, margariinia, kevytlevitteitä ja vähärasvaista juustoa kuin maaseudulla, mutta muutoin elintapojen alue-erot olivat pieniä tai epäjohdonmukaisia. Lihavuutta oli maaseudulla enemmän kuin kaupungeissa. Naisilla alkoholin suurkulutus ja tupakointi keskittyivät kaupunkeihin. Maaseudun ja kaupunkien välistä vertailua vaikeuttaa se, että analyyseissä ei otettu huomioon maaseudun ja kaupunkien välistä koulutuseroa. Osa maaseudun ja kaupunkien välisistä eroista johtuukin todennäköisesti alueiden välisistä koulutuseroista.

Sairastavuus ja kuolleisuus vaihtelevat väestöryhmittäin, ja vaihtelu noudattaa pääpiirteissään samaa mallia kuin elintapojen vaihtelu. Miehet kuolevat nuorempina kuin naiset (Lahelma ym. 2003) ja vähän koulutetut nuorempina kuin pitkälle koulutetut (Valkonen ym. 2003). Myös siviilisäädyllä ja työmarkkina-asemalla on yhteys sairastavuuteen tai kuolleisuuteen (Koskinen ym. 1999, Martikainen ja Valkonen 1995, Martelin ym. 2005). Jos miesten ja vähän koulutettujen kuolleisuus ja sairastavuus vähenisivät niin, että sukupuolten ja koulutusryhmien välinen ero poistuisi, kohennettaisiin erittäin tehokkaasti koko väestön keskimääräistä terveyttä. Kuolleisuuden ja sairastavuuden sukupuoli- ja koulutusryhmäerot johtuvat suurelta osin sellaisista sairauksista, joiden riskitekijöitä elintavat ovat. Tämän raportin perusteella voidaan olettaa, etteivät väestöryhmien väliset erot kuolleisuudessa ja sairastavuudessa tulevaisuudessakaan kapene ilman erityistoimia.

Suomessa on perinteisesti ajateltu, että koko väestölle samalla tavalla suunnatut toimenpiteet olisivat tehokkaampia kuin erityisryhmiin kohdennetut (Koskinen ym. 2002). Suomalainen terveys- ja hyvinvointipolitiikka samoin kuin useimmat terveellisten elintapojen edistämiseen suuntautuvat kampanjatkin ovat toistaiseksi lähteneet kaikille samalla tavalla suunnatuista toimista. Tulevaisuudessa asiantuntijoiden tulisi nykyistä enemmän kehittää erilaisille ryhmille räätälöityjä ohjelmia ja miettiä sellaisia koko väestölle suunnattuja toimia, jotka tehoavat parhaiten nimenomaan huonoimmassa asemassa oleviin ryhmiin.

Elintapojen väestöryhmäerot tarkoittavat sitä, että ihmiset eivät valitse elintapojaan vapaasti, vaan ympäristön asettamissa rajoissa. Vaikka ihmisellä on aina lopulta vastuu omasta itsestään, monista seikoista johtuen voimavarat vastuunottoon ovat erilaiset. Jos poliittisilla päätöksillä ei tueta niitä, joilla (mm. terveyden osalta) menee huonosti, on todennäköistä että terveyserot vain lisääntyvät. Elintapojen väestöryhmäerojen kaventaminen edellyttää toimia, jotka ottavat huomioon sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä johtuvat elintapamuutosten esteet. Erityisesti miesten ja vähän koulutettujen mahdollisuuksia omaksua ja ylläpitää terveyttä edistäviä elintapoja tulisi vahvistaa terveyden edistämisen sekä yhteiskunta- ja terveystalouden keinoin.

Kirjallisuus

Koskinen S, Sihto M, Keskimäki I, Lahelma E. Terveyserojen kaventaminen yhteiskuntapolitiikan keinoin. Kirjassa: Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S ym. Kohti terveyden tasaa. Edita, Helsinki 2002. s. 45–64.

Koskinen S, Martelin T, Rissanen H. Siviilisäätöjen kuolleisuuserot – kasvava kansanterveysongelma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1999;36:271–284.

Lahelma E, Manderbacka K, Martikainen P, Rahkonen O. Miesten ja naisten väliset sairastavuus- ja kuolleisuuserot. Kirjassa: Luoto R, Viisainen K, Kulmala I (toim.). Sukupuoli ja terveys. Vastapaino. Tampere 2003. s. 21–32.

Martelin T, Koskinen S, Lahelma E. Väestöryhmien väliset terveyserot. Kirjassa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.). Suomalaisten terveys. Duodecim, Helsinki 2005. s. 266–276.

Martikainen P, Valkonen T. Lama ja ennenaikainen kuolleisuus. Tilastokeskus, SVT Väestö 1995:11, Helsinki.

Valkonen T, Martikainen P, Mäkelä P. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. Hyvinvointikatsaus 2003(2):12–18.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Ritva Prättälä ja Laura Paalanen

Terveyttä edistävät tai kuluttavat elintavat eivät jakaudu tasaisesti suomalaisten 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Tämän vuoksi terveyden edistämisessä, terveys- ja yhteiskuntapolitiikassa tulisi soveltaa menetelmiä, jotka ottavat huomioon sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä johtuvat elintapamuutosten esteet. Jos tarkastellaan elintapoja kokonaisuudessaan, eniten tukea ja räätälöityjä ohjelmia tarvitseva ryhmä ovat vähän koulutetut miehet.

► Ruoka

1. Ravitsemus- ja elintarvikepolitiikan keinoilla tulee vaikuttaa erityisesti kasvis-ten ja sokeroitujen juomien käyttöön. Kasvisten käyttöä voi lisätä esimerkiksi joukkoruokailussa edellyttäen, että siihen turvataan taloudelliset mahdollisuudet. Lisäksi kasvisten hinta tulisi pitää alhaisena.
2. Työttömillä ei ole mahdollisuutta syödä työpaikkaruokalassa ja miehillä voi olla ongelmia valmistaa itselleen ruokaa. Tulisi harkita keinoja taata heille muutoin monipuoliset ja runsaasti kasviksia sisältävät ateriat.
3. Sokeria koskevien toimien kohderyhmä ovat vähiten koulutusta saaneet ja varsinkin miehet, ja erityistä huomiota tulisi kiinnittää makeisiin juomiin. Makeista juomista luopuminen ei lisää ruokakustannuksia, joten kysymyksessä on toisenlainen ongelma kuin kasvisten käytön monipuolistamisessa ja lisäämisessä. Tarvitaan kokonaisvaltaista neuvontaa ja motivointia.

► Liikunta

1. Fyysistä aktiivisuutta koskevat tulokset kertovat keski-ikäisten vähäisestä aktiivisuudesta. Kun tämä noin 1955–65 syntynyt sukupolvi on eläkeiässä, sen fyysinen toimintakyky on todennäköisesti paljon huonompi kuin nykyisillä eläkeikäisillä. Tämä saattaa johtaa siihen, että monta vuotta havaittu iäkkäiden toimintakyvyn paraneminen kääntyykin lähitulevaisuudessa huonompaan suuntaan.
2. Fyysisen aktiivisuuden edistämiseen nuorilla aikuisilla ja keski-ikäisillä tulisi mitä pikimmin suunnata voimavaroja. Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen varhainen toteaminen ja oikein toteutettu lihasvoimaharjoittelu ja muu kuntoutus ovat tärkeimpiä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, joihin myös kuntien pitäisi panostaa.

► Lihavuus

1. Lihavuuden torjunta on ollut ehkäisevän terveystalitiikan tärkeä osa jo neljänneksvuosisadan. Silti lihavuus yleistyy. Miltei kolmannes työikäisistä miehistä ja 40 prosenttia naisista lihoi edelleen tutkimusta edeltäneen vuoden aikana. Koska

lihominen ennakoi kroonisten sairauksien lisääntymistä ja työ- ja toimintakyvyn alenemista, tulisi terveystaloudessa ja muussa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa viiveettä tehostaa painonhallintaa tukevia toimia. Myös jo syntyneen lihavuuden varhaisen hoidon tehostaminen voisi merkittävästi vähentää kroonisten sairauksien aiheuttamaa hoidon ja hoivan tarvetta.

2. Lihavuuden väestöryhmäerot ovat toistaiseksi olleet pysyviä: lihavuus on yleisempää vähän koulutusta saaneilla ja eläkeläisillä kuin koulutetuilla ja työssä olevilla. Nämä ryhmät tarvitsevat erityistä tukea painonhallinnassa.

► Uni ja nukkuminen

1. Unihäiriöiden esiintyvyyden on arveltu viimeisten vuosikymmenten aikana lisääntyneen sekä keskimääräisen yönun lyhentyneen. Tämän muutoksen oletetaan jatkuvan tulevaisuudessa. Toistaiseksi Suomesta ei kuitenkaan ole käytettävissä luotettavia seurantalutkimuksia tai aikasarjoja, joiden perusteella asiasta voitaisiin olla varmoja.
2. Unen ja nukkumisen laatuun on toistaiseksi kiinnitetty liian vähän huomiota terveystaloudessa tai terveyden edistämisessä, eikä käytettävissä ole tutkittuja keinoja unihäiriöiden tai niiden väestöryhmäerojen vähentämiseksi.

► Tupakointi

1. Koulutusryhmien välinen ero päivittäisessä tupakoinnissa on keskeinen tekijä koulutusryhmien välisen kuolleisuuseron synnyssä. Koulutustaso on yhteydessä työmarkkina-asemaan. Työttömien terveyden edistämisessä tupakoinnin lopettamisen tukeminen on tärkeää.
2. Koulutus ja työllisyys heijastuvat taloudelliseen asemaan, jota kuvaa itse käärittyjen savukkeiden yleisempi käyttö perustasoon koulutuksen saaneiden ja työttömien ryhmissä. Itse käärittyjen savukkeiden pieni verotus eli halpuus edistää niiden käyttöä vähävaraisten tupakoitsijoiden keskuudessa. Tupakkatuotteiden nykyisellä veropolitiikalla ohjataan pienituloisia polttamaan itse käärittyjä, mikä voi johtaa lisääntyneeseen tupakkasairauksien määrään tässä ryhmässä.
3. Vieroituspalveluita ja tukea tulisi kohdentaa ryhmiin, joissa tupakoidaan paljon, koska näihin ryhmiin kasautuu muitakin terveysriskejä.

► Alkoholi

1. Raittius vähenee väestössä sitä mukaa kun uusia syntymäikäluokkia tulee alkoholin käyttäviksi.
2. Kansanterveyden kannalta tärkeimmät havainnot ovat suurkuluttajien suuri määrä sekä keski-ikäisten miesten että työttömien miesten joukossa. Työttömistä miehistä suurkuluttajia on yksi kolmannes ja kaikista 45–54-vuotiaista miehistä lähes viidennes.

LIITE 1. Raportin analyysissä käytetyt kysymykset

Lomakkeet löytyvät Terveys 2000 -tutkimuksen verkkosivuilta,
<http://www.ktl.fi/terveys2000/>.

Tästä liitteestä on poistettu haastattelijoille tarkoitetut merkinnät.

KOTIKÄYNTIHAASTATTELU (lomake T2001)

A. Taustatiedot

AA. SIVIILISÄÄTY JA PARISUHDE

AA01. Oletteko tällä hetkellä:

- 1 naimisissa
- 2 avoliitossa
- 3 eronnut tai asumuserossa
- 4 leski
- 5 vai naimaton?

AB01. Kuinka monta jäsentä kuuluu kotitalouteenne tällä hetkellä itsenne mukaan luettuna?

OHJE: MUKAAN LASKETAAN MYÖS OMASTA TAI PUOLISON AIEMMASTA LIITOSTA OLEVAT LAPSET, JOTKA ASUVAT KOTITALOUDESSA VAIN OSAN AIKAA (RIIPPUMATTA SIITÄ, MISSÄ HE OVAT KIRJOILLA).

AB02. Kuinka moni kotitalouteenne kuuluvista on:

- | | | |
|-------|---------------------------|-------|
| AB02A | a. alle 7-vuotiaita? | _____ |
| AB02B | b. 7–17-vuotiaita? | _____ |
| AB02C | c. 18–24-vuotiaita? | _____ |
| AB02D | d. 25–64-vuotiaita? | _____ |
| AB02E | e. 65 vuotta täyttäneitä? | _____ |

AC. KOULUTUS

OHJE: VALITSE KORKEIN SUORITETTU

AC01. Onko peruskoulutuksenne:

- 1 vähemmän kuin kansakoulu
- 2 kansakoulu
- 3 kansalaiskoulu
- 4 osa keskikoulua tai osa peruskoulua (vähemmän kuin 9 vuotta)
- 5 keskikoulu
- 6 peruskoulu
- 7 osa lukiota tai lukion päästötodistus
- 8 ylioppilastutkinto?

OHJE: VALITSE KORKEIN SUORITETTU

AC02. Mikä on korkein peruskoulutuksen jälkeen suorittamanne koulutus tai tutkinto:

- 1 ei mitään ammattikoulutusta
- 2 ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus
- 3 ammattikoulu, oppisopimuskoulutus, näyttötutkinto
- 4 ammatillinen koulu (esim. teknillinen koulu)
- 5 ammatillinen opistotutkinto
- 6 erikoisammattitutkinto (esim. mestarintutkinto)
- 7 ammattikorkeakoulututkinto
- 8 alempi korkeakoulututkinto
- 9 ylempi korkeakoulututkinto
- 10 lisensiaatin tutkinto
- 11 tohtorin tutkinto?

AC03. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti? Kansakoulu/peruskoulu lasketaan mukaan. _____

AD. PÄÄASIALLINEN TOIMINTA, AMMATTI

AD01. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten tämänhetkistä pääasiallista toimintaanne. Oletteko:

- 1 kokopäivätyössä
- 2 osa-aikatyössä (MYÖS OSA-AIKAELÄKELÄISET)
- 3 opiskelija
- 4 eläkkeellä
- 5 työtön tai lomautettu
- 6 hoitamassa omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä
- 7 varusmies- tai siviilipalvelussa
- 8 muu?

F. Elintavat

FA. RUOKAILU

FA05a. Mitä rasvaa enimmäkseen käytätte leivällä?

- 1 ei mitään
- 2 levitettä, jossa alle 65 % rasvaa (esim. Kevyempi Keiju, Kevyempi Flora, Kevyt Becel, Kevyt Linja, Voilevi 40 tai 60)
- 3 kasvistanolimargariinia (esim. Benecol, Kevyt Benecol)
- 4 margariinia tai rasvalevitettä, joissa 70 – 80 % rasvaa (esim. Flora, Becel, Keiju)
- 5 voi-kasvisöljyseosta (esim. Voimariini, Enilet)
- 6 voita

FA06a. Käyttätkö juustoa:

- 1 päivittäin
- 2 muutaman kerran viikossa
- 3 enintään kerran viikossa
- 4 harvemmin?

FA06b. Mitä juustoa syötte yleensä:

- 1 normaalirasvaista juustoa
- 2 vähärasvaista juustoa (alle 20 % rasvaa)
- 3 kasvisrasvajuustoa?

FA09. Miten usein olette syönyt vihanneksia ja juureksia (ei perunaa) viimeksi kuluneen viikon (7 pv) aikana sellaisenaan, raasteena tai tuoresalaattina:

- 1 en kertaakaan
- 2 1–2 päivänä
- 3 3–5 päivänä
- 4 6–7 päivänä?

FB. TUPAKKA

FB01. Oletteko tupakoinut kertaakaan elämänne aikana?

- 1 kyllä
- 2 en

FB02. Oletteko tupakoinut elämänne aikana vähintään 100 kertaa (savukkeita, sikareita tai piipputupakkaa)?

- 1 kyllä
- 2 en

FB03. Oletteko koskaan tupakoinut päivittäin ainakin yhden vuoden ajan?

- 1 kyllä
- 2 en

FB04. Kuinka monta vuotta yhteensä olette tupakoinut päivittäin? _____

FB05. Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua):

- 1 päivittäin
- 2 satunnaisesti
- 3 ette lainkaan?

FB06. Milloin olette tupakoinut viimeksi?

- 1 eilen tai tänään
- 2 2 pv – 1 kk sitten
- 3 yli 1 kk – puoli vuotta sitten
- 4 yli puoli vuotta – vuosi sitten
- 5 yli vuosi – 5 vuotta sitten
- 6 yli 5–10 vuotta sitten
- 7 yli 10 vuotta sitten

FB07. Miten paljon poltatte nykyisin tai poltatte ennen lakkoa keskimäärin päivässä:

- FB07A a. tehdasvalmisteisia savukkeita? _____ kpl päivässä
FB07B b. itsekäärityjä savukkeita? _____ kpl päivässä
FB07C c. piipputupakkaa? _____ piipullista päivässä
FB07D d. sikareita? _____ kpl päivässä

KYSELY 1 (Lomake T2002)

PAINO JA PITUUS

14. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana lihonut?

- 0 En
- 1 Kyllä, olen lihonut noin _____ kiloa

15. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana laihtunut?

- 0 En
- 1 Kyllä, olen laihtunut noin _____ kiloa

16. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana yrittänyt laihtuttaa?

- 0 En
- 1 Kyllä

17. Kuinka paljon painatte nykyisin?

_____ kiloa (arviokin riittää)

17b. Kuinka pitkä olette? _____ cm

61. Oletteko osallistunut seuraaviin ryhmätoimintoihin viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana ainakin jonkin aikaa säännöllisesti?

Ellette ole osallistunut mihinkään näistä vastatkaa vain kohtaan 12.

(Yksittäistä luentoa tai keskustelutilaisuutta ei oteta huomioon)

Olen osallistunut yli
12 kuukautta sitten

Olen osallistunut viimeisten
12 kuukauden aikana

Laihdutusryhmä tai -kurssi

1

2

LIKKUMINEN

LIKKUNNAN HARRASTAMINEN

28. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyttte ja hikoilette?

- 1 päivittäin
- 2 4–6 kertaa viikossa
- 3 2–3 kertaa viikossa
- 4 kerran viikossa
- 5 2–3 kertaa kuukaudessa
- 6 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin

LIKKUMINEN TYÖMATKOILLA

37. Kuinka monta minuuttia kävelette tai pyöräilette työmatkoillanne? Laskekaa yhteen meno- ja paluumatkaan käytetty aika.

- 1 en tee työtä tai työ on kotona
- 2 kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
- 3 alle 15 minuuttia päivässä
- 4 15–29 minuuttia päivässä
- 5 30–59 minuuttia päivässä
- 6 1–2 tuntia päivässä
- 7 2 tuntia tai enemmän päivässä

ALKOHOLINKÄYTTÖ

38. Alkoholijuomien käyttö. Rengastakaa omaa käyttöänne kuvaamaan sopivin vaihtoehto.

- 1 Olen ollut koko elämäni raitis (tai maistanut alkoholijuomia enintään 10 kertaa koko elämäni aikana)
- 2 Olen käyttänyt aiemmin alkoholijuomia vuodesta 19____, mutta lopettanut ____ vuotta sitten
- 3 Olen käyttänyt alkoholijuomia vuodesta 19____, ja käytän niitä edelleen

KAIKKI ALKOHOLIJUOMAT

39. Kuinka usein olette juonut alkoholijuomia viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?

- 0 en kertaakaan → siirtykää kysymykseen 52
- 1 6–7 kertaa viikossa
- 2 4–5 kertaa viikossa
- 3 2–3 kertaa viikossa
- 4 kerran viikossa
- 5 pari kertaa kuukaudessa
- 6 noin kerran kuukaudessa
- 7 noin kerran parissa kuukaudessa
- 8 3–4 kertaa vuodessa
- 9 kerran pari vuodessa

OLUT, SIIDERI TAI LONG DRINK-JUOMAT

40. Kuinka usein olette juonut olutta, siideriä tai long drink-juomia viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?

- 0 en kertaakaan → siirtykää kysymykseen 43
- 1 6–7 kertaa viikossa
- 2 4–5 kertaa viikossa
- 3 2–3 kertaa viikossa
- 4 kerran viikossa
- 5 pari kertaa kuukaudessa
- 6 noin kerran kuukaudessa
- 7 noin kerran parissa kuukaudessa
- 8 3–4 kertaa vuodessa
- 9 kerran pari vuodessa

41. Kuinka paljon joitte tavallisesti olutta, siideriä tai long drink-juomia päivää kohti, kun joitte näitä juomia? Pullollinen = 1/3 litran pullo

- 1 15 pullollista tai enemmän, montako pullollista? ____ pullollista
- 2 11–14 pullollista
- 3 noin 10 pullollista
- 4 6–9 pullollista
- 5 4–5 pullollista
- 6 kolme pullollista (kaksi puolen litran tuoppia)
- 7 kaksi pullollista
- 8 noin yhden pullollisen
- 9 vähemmän kuin yhden pullollisen

42. Arvioikaa vielä kuinka paljon nautitte näitä juomia keskimäärin viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana

- 0 En yhtään pullollista viikossa
- 1 _____ pullollista viikossa

VIINI

43. Kuinka usein joitte viiniä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?

0 en kertaakaan → siirtykää kysymykseen 46

1 6–7 kertaa viikossa

2 4–5 kertaa viikossa

3 2–3 kertaa viikossa

4 kerran viikossa

5 pari kertaa kuukaudessa

6 noin kerran kuukaudessa

7 noin kerran parissa kuukaudessa

8 3–4 kertaa vuodessa

9 kerran pari vuodessa

44. Kuinka paljon joitte tavallisesti viiniä päivää kohti, kun joitte viiniä?

Iso pullollinen = 0,75 litran pullo

Pikku pullollinen = 0,37 litran pullo = ½ isoa pullollista

1 kaksi isoa pullollista tai enemmän, montako pullollista?
_____ pullollista

2 noin puolitoista isoa pullollista

3 noin yhden ison pullollisen (noin 0,75 litraa)

4 noin puoli litraa

5 noin pikkupullollisen (noin 0,37 litraa)

6 noin kaksi lasillista

7 noin yhden lasillisen

8 vähemmän kuin yhden lasillisen

45. Arvioikaa vielä kuinka paljon olette juonut viiniä keskimäärin viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

0 en lainkaan

1 vähemmän kuin lasillisen (8–12 cl) viikossa

2 1–4 lasillista viikossa

3 ½–alle 3 kokopullollista viikossa

4 3–alle 5 kokopullollista viikossa

5 5 kokopullollista tai enemmän viikossa

VÄKEVÄT ALKOHOLIJUOMAT

46. Kuinka usein joitte viinaa tai muita väkeviä alkoholijuomia viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?

- 0 en kertaakaan → siirtykää kysymykseen 49
- 1 6–7 kertaa viikossa
- 2 4–5 kertaa viikossa
- 3 2–3 kertaa viikossa
- 4 kerran viikossa
- 5 pari kertaa kuukaudessa
- 6 noin kerran kuukaudessa
- 7 noin kerran parissa kuukaudessa
- 8 3–4 kertaa vuodessa
- 9 kerran pari vuodessa

47. Kuinka paljon joitte tavallisesti viinaa tai muita väkeviä alkoholijuomia päivää kohti, kun joitte väkeviä?

1 kokopullollinen = 0,75 litraa

Puolikaspullo = 0,5 litraa (esim. Koskenkorva, Pöytäviina tms. pullo)

1 pikkupullo = 0,37 litraa (esim. litteät taskumatit)

Ravintola-annos = 4 cl

- 1 enemmän kuin kaksi puolen litran pullollista, montako koko pullollista? ____ pullollista
- 2 noin kaksi puolen litran pullollista (tai yhden litran pullollisen)
- 3 noin yhden kokopullollisen (0,75 litraa)
- 4 noin yhden puolen litran pullollisen
- 5 noin yhden pikkupullollisen (0,37 litraa)
- 6 hieman vähemmän kuin yhden pikkupullollisen (noin 0,30 litraa)
- 7 noin viisi ravintola-annosta (noin 20 cl)
- 8 noin neljä ravintola-annosta (noin 16 cl)
- 9 pari ravintola-annosta (noin 8 cl)
- 10 noin yhden ravintola-annoksen (noin 4 cl)

48. Arvioikaa vielä kuinka paljon olette juonut väkeviä juomia keskimäärin viikossa viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

- 0 en lainkaan
- 1 vähemmän kuin lasillisen (4 cl) viikossa
- 2 1–6 lasillista viikossa
- 3 ½ – alle 2 puolen litran pullollista (7–24 lasillista) viikossa
- 4 2 puolen litran pullollista (1 litra) – alle 4 puolen litran pullollista
- 5 4 puolen litran pullollista (2 litraa) tai enemmän

MAKEAN SYÖMINEN TAI JUOMINEN

- 60. Kuinka usein Te tavallisesti nautitte alla lueteltuja tuotteita?
Vastatkaa erikseen jokaisen tuotteen käytöstä.**

	Päivittäin 3 kertaa tai useammin	Päivittäin 1–2 kertaa	2–5 kertaa viikossa	Harvemmin	Ei koskaan
Sokeroitu kahvi tai tee	4	3	2	1	0
Muut sokeroidut juomat: mehut, limsat, kaakao	4	3	2	1	0
Toffee tai lakritsi tai Kuivatut hedelmät, esim. rusinat	4	3	2	1	0
Makeispastillit, kovat karamellit tai kurkkupastillit, joissa on Ksylitolia	4	3	2	1	0
Makeispastillit, kovat karamellit tai kurkkupastillit, joissa ei ole ksylitolia	4	3	2	1	0
Suklaa tai täytekeksit	4	3	2	1	0
Purukumi, jossa ei ole ksylitolia	4	3	2	1	0
Purukumi, jossa on ksylitolia	4	3	2	1	0

KYSELY 3 (Lomake T2005)

UNI JA NUKKUMINEN

- Kuinka monta tuntia nukutte vuorokaudessa?**
_____ tuntia
- Onko Teillä vaikeuksia nukahtaa ilman unilääkkeitä?**
 - Ei lainkaan
 - Silloin tällöin
 - Usein
 - Lähes aina
- Heräättekö kesken unien aamuyöllä tai hyvin varhain aamulla?**
 - En lainkaan
 - Silloin tällöin
 - Usein
 - Lähes joka yö

4. **Oletteko mielestänne päiväaikaan väsyneempi kuin samanikäiset ihmiset yleensä?**
1 Kyllä, lähes aina
2 Kyllä, useasti (ainakin viikoittain)
3 En ole
4 En osaa sanoa
6. **Kuorsaatteko nukkuessanne? (Kysykää muilta jos ette tiedä varmasti)**
0 En → siirtykää kysymykseen 9
1 Kyllä
7. **Kuinka usein kuorsaatte?**
1 Kerran kuussa tai harvemmin
2 1–2 yönä viikossa
4 3–5 yönä viikossa
5 Joka yö tai lähes joka yö
6 En osaa sanoa
8. **Millaista kuorsauksenne on laadultaan? (Kysykää tarvittaessa muilta)**
1 Kuorsaan hiljaa tai tasaisesti
2 Kuorsaan tasaisesti mutta melko äänekkäästi
3 Kuorsaan tasaisesti mutta niin äänekkäästi, että se kuuluu viereiseen huoneeseen
4 Kuorsaan hyvin äänekkäästi ja epätasaisesti (välillä on hengityskatkoja, jolloin ei kuulu mitään ääntä ja välillä kuuluu hyvin kovaa korahtelevaa kuorsausta)
5 En osaa sanoa
9. **Oletteko huomannut (tai ovatko muut huomanneet) hengityskatkoksia nukkuessanne?**
1 Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2 Harvemmin kuin kerran viikossa
3 1–2 yönä viikossa
4 3–5 yönä viikossa
5 Joka yö tai lähes joka yö
6 En osaa sanoa
10. **Onko lääkäri todennut Teillä uniapnean?**
0 Ei
1 Kyllä

LIITETAULUKKOLUETTELO

Kasvikset, leipärasva ja juusto

Liitetaulukko 1. Tuoreiden kasvisten päivittäiskäyttö taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 102.

Liitetaulukko 2. Margariinin tai kevytlevitteen käyttö leivällä taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 103.

Liitetaulukko 3. Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 104.

Makeat välipalat

Liitetaulukko 4. Sokeroidun kahvin tai teen päivittäiskäyttö taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 105.

Liitetaulukko 5. Muiden sokeroitujen juomien (sokeroitu mehu, limsa tai kaakao) päivittäiskäyttö taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 106.

Liikunta ja fyysinen aktiivisuus

Liitetaulukko 6. Riittävästi liikkuvien osuus (sisältää vapaa-ajan ja työmatkaliikunnan) taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 107.

Lihavuus

Liitetaulukko 7. $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 108.

Uni ja nukkuminen

Liitetaulukko 8. Unen keskimääräinen pituus taustamuuttujien mukaan tunteina, 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 109.

Liitetaulukko 9. Lyhytunisten eli kuusi tuntia tai sitä vähemmän nukkuvien osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 110.

Liitetaulukko 10. Pitkäunisten eli vähintään yhdeksän tuntia nukkuvien osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 111.

Liitetaulukko 11. Unettomuusoireita kokeneiden osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 112.

Liitetaulukko 12. Mahdollinen uniapnea taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 113.

Tupakointi

Liitetaulukko 13. Päivittäistupakointi taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 114.

Liitetaulukko 14. Itsekäärityjä savukkeita polttavien osuus kaikista savukkeita polttavista taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 115.

Alkoholinkäyttö

Liitetaulukko 15. Raittiiden osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 116.

Liitetaulukko 16. Elinikänsä raittiiden osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 117.

Liitetaulukko 17. Juodun alkoholin määrä alkoholia käyttävien joukossa taustamuuttujien mukaan (g/vrk), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). Sivu 118.

Liitetaulukko 18. Alkoholin suurkuluttajien osuus alkoholia käyttävien joukossa taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). (Miehet: vähintään 280 g alkoholia viikossa, naiset: vähintään 160 g alkoholia viikossa). Sivu 119.

LIITETAULUKOT

p-arvo = taustamuuttujan luokkien välinen ero miehillä tai naisilla

Liitetaulukko 1. Tuoreiden kasvisten päivittäiskäyttö taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	42,0	(38,6–45,4)	54,9	(52,1–57,8)
Keskiaste	51,9	(48,7–55,2)	63,3	(59,9–66,8)
Korkea-aste	64,7	(61,1–68,2)	74,1	(71,6–76,6)
p-arvo		<0,001		<0,001
PERHETYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	55,1	(51,5–58,7)	68,2	(64,7–71,8)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	55,1	(51,3–59,0)	64,9	(61,2–68,5)
Yksinhuoltajat	49,5	(33,7–65,3)	64,1	(56,2–72,0)
Muut yhdessä asuvat	30,5	(22,2–38,8)	54,4	(45,1–63,8)
Yksin asuvat	42,5	(37,6–47,5)	64,2	(59,8–68,6)
p-arvo		<0,001		0,11
PERHETYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	54,8	(49,6–60,0)	59,9	(54,5–65,3)
Muut yhdessä asuvat	41,1	(13,1–69,1)	44,0	(32,4–55,6)
Yksin asuvat	32,1	(24,5–39,8)	54,8	(50,2–59,3)
p-arvo		<0,001		0,06
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	55,3	(52,6–57,9)	69,2	(66,8–71,5)
Työtön	29,1	(23,4–34,7)	54,2	(47,6–60,9)
Eläkkeellä	46,1	(40,6–51,6)	55,3	(48,9–61,6)
Muut	45,6	(29,7–61,5)	65,0	(57,5–72,5)
p-arvo		<0,001		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	57,8	(53,6–61,9)	67,4	(64,3–70,5)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	44,8	(35,9–53,8)	57,8	(50,0–65,6)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	54,5	(50,3–58,6)	68,3	(65,5–71,0)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	51,8	(46,0–57,6)	58,7	(52,7–64,7)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	46,9	(41,1–52,7)	62,3	(58,1–66,5)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	41,8	(36,3–47,3)	55,9	(50,8–61,0)
p-arvo		<0,001		<0,001

Liitetaulukko 2. Margariinin tai kevytlevitteen käyttö leivällä taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	58,9	(55,7–62,1)	61,9	(58,8–64,9)
Keskiaste	62,2	(58,9–65,5)	57,6	(54,6–60,5)
Korkea-aste	55,6	(52,1–59,1)	56,6	(53,6–59,5)
p-arvo		0,04		0,03
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	61,7	(58,2–65,1)	63,3	(59,5–67,0)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	57,7	(54,2–61,2)	56,6	(53,2–60,0)
Yksinhuoltajat	63,8	(48,6–79,1)	67,7	(60,2–75,2)
Muut yhdessä asuvat	49,0	(41,4–56,5)	54,9	(45,8–64,0)
Yksin asuvat	61,6	(56,9–66,3)	55,4	(51,1–59,7)
p-arvo		0,04		0,01
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	60,2	(54,9–65,4)	61,4	(56,1–66,6)
Muut yhdessä asuvat	66,3	(46,4–86,1)	39,7	(28,6–50,9)
Yksin asuvat	51,3	(43,1–59,4)	57,9	(53,7–62,1)
p-arvo		0,09		<0,01
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	58,7	(56,3–61,1)	57,1	(54,7–59,5)
Työtön	59,1	(53,5–64,7)	65,2	(59,3–71,0)
Eläkkeellä	64,8	(60,2–69,5)	65,2	(59,2–71,1)
Muut	59,8	(45,6–74,1)	59,1	(51,8–66,3)
p-arvo		0,15		0,02
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	59,9	(56,1–63,6)	62,2	(58,9–65,5)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	59,8	(55,7–64,0)	60,8	(56,4–65,3)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	59,4	(55,2–63,5)	57,2	(52,5–61,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	54,0	(48,5–59,5)	51,1	(45,9–56,3)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	65,2	(60,6–69,8)	65,4	(61,2–69,9)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	59,3	(54,7–63,8)	57,8	(54,1–61,5)
p-arvo		0,09		<0,001

Liitetaulukko 3. Vähärasvaisen juuston päivittäiskäyttö taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	15,1	(13,0–17,1)	24,8	(22,7–26,8)
Keskiaste	20,0	(17,4–22,5)	28,4	(25,5–31,2)
Korkea-aste	25,1	(21,8–28,5)	37,5	(34,4–40,7)
p-arvo		<0,001		<0,001
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	19,3	(16,7–21,9)	31,6	(28,5–34,6)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	24,4	(21,3–27,5)	31,4	(28,3–34,4)
Yksinhuoltajat	13,4	(2,7–24,1)	20,1	(12,8–27,3)
Muut yhdessä asuvat	9,5	(4,4–14,6)	19,4	(11,9–26,9)
Yksin asuvat	11,2	(8,1–14,2)	30,8	(26,6–35,0)
p-arvo		<0,001		<0,01
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	23,4	(19,3–27,4)	35,1	(29,8–40,5)
Muut yhdessä asuvat	11,6	(-0,2–25,0)	17,9	(6,7–29,0)
Yksin asuvat	13,3	(7,2–19,4)	25,1	(21,4–28,8)
p-arvo		0,02		<0,01
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	20,1	(18,1–22,1)	32,8	(30,7–34,9)
Työtön	10,0	(6,1–13,9)	18,5	(14,0–23,1)
Eläkkeellä	18,1	(13,5–22,7)	26,4	(21,3–31,6)
Muut	21,8	(11,1–32,6)	30,8	(24,6–37,1)
p-arvo		<0,01		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	23,2	(20,2–26,2)	30,5	(27,8–33,3)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	17,1	(12,3–21,9)	27,2	(23,3–31,0)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	17,4	(14,7–20,2)	31,5	(28,3–34,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	16,5	(12,6–20,4)	23,8	(20,0–27,7)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	23,2	(19,4–26,9)	34,1	(30,1–38,0)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	15,8	(12,6–19,0)	27,0	(24,0–30,0)
p-arvo		<0,01		<0,01

Liitetaulukko 4. Sokeroidun kahvin tai teen päivittäiskäyttö taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	65,0	(61,9–68,0)	41,0	(38,2–43,8)
Keskiaste	57,1	(53,9–60,3)	39,9	(36,6–43,2)
Korkea-aste	41,9	(37,9–45,9)	30,2	(27,2–33,3)
p-arvo		<0,001		<0,001
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	53,4	(49,7–57,0)	30,8	(27,3–34,3)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	51,5	(47,7–55,4)	30,4	(27,4–33,3)
Yksinhuoltajat	61,0	(44,2–77,8)	36,4	(27,9–44,9)
Muut yhdessä asuvat	63,4	(54,2–72,6)	40,4	(31,1–50,0)
Yksin asuvat	59,9	(54,9–65,0)	32,2	(27,8–36,5)
p-arvo		0,02		0,18
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	63,7	(58,4–69,1)	57,0	(51,6–62,4)
Muut yhdessä asuvat	71,8	(50,4–93,2)	56,8	(44,9–68,7)
Yksin asuvat	67,0	(57,4–76,6)	54,0	(48,9–59,2)
p-arvo		0,70		0,73
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	53,2	(50,7–55,7)	29,1	(26,8–31,3)
Työtön	60,9	(53,6–68,2)	39,9	(34,0–45,9)
Eläkkeellä	58,9	(52,6–65,1)	35,2	(30,0–40,5)
Muut	52,1	(37,5–66,6)	36,2	(29,5–42,9)
p-arvo		0,11		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	51,2	(47,8–54,6)	36,0	(32,8–39,2)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	55,6	(47,1–64,1)	44,2	(39,8–48,7)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	54,9	(51,0–58,7)	32,9	(29,6–36,3)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	61,5	(57,7–65,4)	41,6	(36,0–47,3)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	55,0	(49,7–60,2)	34,1	(29,9–38,4)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	62,1	(58,2–66,1)	42,2	(38,5–45,8)
p-arvo		<0,001		<0,001

Liitetaulukko 5. Muiden sokeroitujen juomien (sokeroitu mehu, limsa tai kaakao) päivittäiskäyttö taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	24,9	(21,7–28,2)	16,6	(14,5–18,8)
Keskiaste	23,6	(21,1–26,0)	14,9	(12,6–17,2)
Korkea-aste	19,3	(16,3–22,3)	13,3	(11,4–15,3)
p-arvo		0,04		0,09
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	23,4	(20,4–26,4)	13,1	(10,6–15,5)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	23,0	(19,9–26,1)	14,8	(12,2–17,5)
Yksinhuoltajat	27,9	(12,8–43,1)	13,5	(7,7–19,3)
Muut yhdessä asuvat	26,7	(20,0–33,3)	13,3	(6,7–19,8)
Yksin asuvat	22,4	(18,6–26,3)	11,9	(8,7–15,1)
p-arvo		0,75		0,73
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	22,6	(18,5–26,8)	19,9	(15,9–23,9)
Muut yhdessä asuvat	25,4	(-2,6–53,4)	18,6	(8,5–28,7)
Yksin asuvat	15,4	(8,1–22,7)	19,4	(15,8–22,9)
p-arvo		0,26		0,97
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	24,2	(22,0–26,4)	12,6	(11,0–14,2)
Työtön	22,2	(16,3–28,0)	16,0	(11,7–20,3)
Eläkkeellä	19,0	(13,8–24,3)	15,7	(11,2–20,2)
Muut	25,5	(13,4–37,5)	15,4	(10,2–20,5)
p-arvo		0,39		0,19
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	20,7	(18,1–23,3)	13,0	(10,9–15,0)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	22,8	(17,8–27,9)	15,9	(11,0–20,9)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	20,2	(16,6–23,7)	12,4	(10,1–14,7)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	24,0	(19,0–29,1)	15,6	(12,3–18,9)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	25,7	(20,0–31,4)	17,0	(13,2–20,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	26,8	(22,7–30,9)	20,2	(17,1–23,2)
p-arvo		0,08		<0,001

Liitetaulukko 6. Riittävästi liikkuvien osuus (sisältää vapaa-ajan ja työmatkaliikunnan) taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	31,6	(28,8–34,4)	38,4	(35,1–41,7)
Keskiaste	30,8	(28,0–33,7)	38,9	(35,8–42,1)
Korkea-aste	32,8	(29,6–36,1)	36,3	(33,2–39,5)
p-arvo		0,64		0,49
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	25,6	(22,1–29,0)	32,6	(29,0–36,1)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	30,0	(26,8–33,1)	39,3	(35,6–42,9)
Yksinhuoltajat	12,8	(1,4–24,1)	42,7	(33,5–51,8)
Muut yhdessä asuvat	31,7	(23,2–40,2)	40,9	(31,2–50,6)
Yksin asuvat	33,2	(28,5–37,8)	44,3	(39,2–49,4)
p-arvo		0,01		<0,01
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	45,7	(41,0–50,4)	32,7	(26,9–38,5)
Muut yhdessä asuvat	40,9	(12,8–69,0)	44,8	(28,1–61,5)
Yksin asuvat	43,8	(35,4–52,3)	41,6	(36,3–46,8)
p-arvo		0,91		0,07
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	26,9	(24,7–29,0)	39,6	(37,2–42,0)
Työtön	28,0	(21,3–34,7)	32,4	(27,0–37,9)
Eläkkeellä	37,7	(32,3–43,2)	35,9	(29,6–42,2)
Muut	35,7	(20,6–50,9)	33,1	(26,2–39,9)
p-arvo		<0,001		0,05
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	34,5	(31,1–37,8)	40,7	(37,5–43,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	23,6	(17,2–30,0)	33,4	(26,5–40,3)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	35,6	(31,8–39,3)	40,3	(36,8–43,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	23,1	(20,7–25,5)	32,1	(26,5–37,6)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	37,0	(32,3–41,7)	41,6	(36,4–46,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	30,1	(26,7–33,5)	34,1	(30,2–37,9)
p-arvo		<0,001		<0,01

**Liitetaulukko 7. BMI ≥ 30 kg/m² taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikäva-
kioitu).**

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	24,0	(21,6–26,3)	28,3	(25,8–30,8)
Keskiaste	19,2	(16,8–21,6)	23,3	(20,9–25,8)
Korkea-aste	16,1	(13,6–18,7)	17,9	(15,3–20,4)
p-arvo		<0,001		<0,001
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	20,0	(17,3–22,7)	19,6	(16,8–22,5)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	21,4	(18,7–24,0)	23,2	(20,4–25,9)
Yksinhuoltajat	18,1	(4,9–31,4)	18,5	(11,2–25,8)
Muut yhdessä asuvat	21,6	(13,8–29,4)	26,5	(19,5–33,5)
Yksin asuvat	17,9	(14,5–21,4)	22,0	(18,4–25,5)
p-arvo		0,68		0,22
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	22,8	(18,9–26,8)	29,6	(25,0–34,1)
Muut yhdessä asuvat	12,0	(-1,1–25,1)	29,0	(17,9–40,1)
Yksin asuvat	17,1	(10,3–23,9)	31,9	(28,2–35,6)
p-arvo		0,18		0,73
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	19,3	(17,6–21,0)	20,0	(18,2–21,7)
Työtön	18,6	(13,0–24,2)	24,8	(19,5–30,0)
Eläkkeellä	23,6	(18,4–28,7)	29,0	(23,7–34,2)
Muut	33,4	(21,3–45,5)	19,0	(13,0–24,9)
p-arvo		0,02		<0,01
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	17,7	(15,0–20,4)	21,3	(18,8–23,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	22,1	(13,5–30,8)	24,0	(19,8–28,2)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	21,3	(18,2–24,5)	21,7	(18,8–24,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	22,7	(18,9–26,5)	28,1	(24,3–31,9)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	21,1	(16,8–25,4)	22,9	(19,5–26,3)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	20,2	(17,0–23,4)	28,3	(24,4–32,2)
p-arvo		0,33		<0,01

Liitetaulukko 8. Unen keskimääräinen pituus taustamuuttujien mukaan tunteina, 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	ka	(CI 95 %)	ka	(CI 95 %)
SUKUPUOLI				
Unen pituus (h)	7,4	(7,3–7,4)	7,5	(7,5–7,6)
p-arvo, miesten ja naisten välinen ero				<0,001
KOULUTUS				
Perusaste	7,4	(7,3–7,4)	7,5	(7,5–7,6)
Keskiaste	7,3	(7,3–7,4)	7,5	(7,5–7,6)
Korkea-aste	7,4	(7,3–7,5)	7,6	(7,5–7,6)
p-arvo		0,49		0,69
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	7,3	(7,2–7,3)	7,6	(7,5–7,7)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	7,4	(7,3–7,4)	7,6	(7,5–7,6)
Yksinhuoltajat	7,1	(6,7–7,5)	7,5	(7,3–7,7)
Muut yhdessä asuvat	7,5	(7,2–7,7)	7,5	(7,3–7,7)
Yksin asuvat	7,3	(7,2–7,4)	7,5	(7,4–7,6)
p-arvo		0,20		0,53
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	7,6	(7,4–7,8)	7,6	(7,5–7,8)
Muut yhdessä asuvat	7,3	(6,3–8,4)	7,1	(6,7–7,5)
Yksin asuvat	7,3	(7,0–7,6)	7,4	(7,2–7,5)
p-arvo		0,18		<0,01
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	7,3	(7,2–7,3)	7,5	(7,4–7,5)
Työtön	7,3	(7,2–7,5)	7,7	(7,5–7,8)
Eläkkeellä	7,6	(7,4–7,7)	7,7	(7,6–7,9)
Muut	7,4	(7,1–7,7)	7,9	(7,7–8,0)
p-arvo		0,01		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	7,4	(7,3–7,5)	7,5	(7,4–7,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	7,4	(7,1–7,6)	7,8	(7,6–8,0)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	7,2	(7,1–7,3)	7,5	(7,4–7,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	7,3	(7,2–7,4)	7,5	(7,4–7,6)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	7,4	(7,3–7,5)	7,6	(7,5–7,7)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	7,5	(7,4–7,6)	7,6	(7,5–7,7)
p-arvo		<0,001		0,04

Liitetaulukko 9. Lyhytunisten eli kuusi tuntia tai sitä vähemmän nukkuvien osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	20,1	(17,6–22,7)	15,7	(13,7–17,6)
Keskiaste	17,2	(14,8–19,7)	15,1	(12,5–17,6)
Korkea-aste	12,5	(9,8–15,3)	10,5	(8,6–12,4)
p-arvo		<0,01		<0,01
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	14,7	(12,2–17,3)	8,4	(6,3–10,6)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	14,5	(11,7–17,3)	12,0	(9,7–14,2)
Yksinhuoltajat	17,9	(4,7–31,1)	20,1	(12,7–27,5)
Muut yhdessä asuvat	17,9	(11,1–24,7)	11,6	(5,8–17,5)
Yksin asuvat	22,3	(18,5–26,1)	15,9	(12,2–19,6)
p-arvo		<0,01		<0,001
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	19,2	(14,8–23,6)	17,3	(12,6–22,0)
Muut yhdessä asuvat	26,5	(2,1–50,8)	37,7	(24,1–51,4)
Yksin asuvat	33,6	(23,6–43,7)	21,9	(17,7–26,2)
p-arvo		0,02		<0,01
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	15,4	(13,5–17,3)	11,8	(10,2–13,3)
Työtön	19,8	(14,1–25,5)	12,2	(8,0–16,4)
Eläkkeellä	18,2	(12,9–23,5)	13,8	(9,6–18,0)
Muut	15,0	(4,6–25,4)	8,8	(4,4–13,3)
p-arvo		0,35		0,52
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	16,0	(13,1–18,9)	13,1	(10,8–15,4)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	21,4	(12,2–30,7)	10,8	(4,8–16,8)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	19,5	(16,4–22,6)	14,8	(12,2–17,5)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	18,9	(15,3–22,4)	15,0	(11,6–18,3)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	16,5	(12,4–20,5)	15,3	(12,3–18,4)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	14,1	(11,2–17,0)	13,8	(10,6–17,0)
p-arvo		0,13		0,78

Liitetaulukko 10. Pitkäunisten eli vähintään yhdeksän tuntia nukkuvien osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	11,4	(9,4–13,4)	15,9	(13,7–18,1)
Keskiaste	8,1	(6,4–9,9)	13,5	(11,2–15,8)
Korkea-aste	7,9	(5,6–10,2)	12,7	(10,8–14,5)
p-arvo		<0,01		0,07
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	5,3	(3,7–6,9)	11,8	(9,7–13,8)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	6,9	(5,0–8,9)	14,3	(11,5–17,1)
Yksinhuoltajat	6,5	(-2,0–15,1)	14,5	(8,5–20,4)
Muut yhdessä asuvat	14,1	(7,2–21,0)	11,5	(5,4–17,6)
Yksin asuvat	9,4	(6,3–12,5)	15,6	(12,3–18,8)
p-arvo		<0,01		0,28
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	18,6	(13,8–23,3)	18,4	(13,9–22,9)
Muut yhdessä asuvat	20,2	(-0,3–40,8)	10,3	(3,6–17,1)
Yksin asuvat	22,8	(13,4–32,1)	14,2	(11,0–17,5)
p-arvo		0,68		0,15
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	4,5	(3,5–5,5)	9,6	(8,2–11,0)
Työtön	9,7	(5,3–14,1)	22,2	(16,9–27,6)
Eläkkeellä	25,4	(18,5–32,2)	23,0	(16,6–29,5)
Muut	11,0	(0,5–21,6)	21,9	(16,4–27,3)
p-arvo		<0,001		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	9,1	(6,9–11,3)	12,9	(10,9–14,9)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	11,2	(7,2–15,1)	18,0	(14,0–21,9)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	5,8	(3,7–7,9)	13,3	(10,5–16,0)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	9,9	(7,1–12,6)	14,4	(11,1–17,7)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	12,0	(8,2–15,9)	15,4	(11,9–18,9)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	11,7	(8,9–14,4)	15,2	(11,3–19,2)
p-arvo		0,02		0,21

Liitetaulukko 11. Unettomuusoireita kokeneiden osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	34,7	(32,0–37,5)	35,8	(33,3–38,4)
Keskiaste	29,1	(26,1–32,2)	33,9	(30,9–36,9)
Korkea-aste	31,1	(27,4–34,7)	33,2	(30,3–36,1)
p-arvo		0,03		0,38
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	24,0	(21,0–27,0)	25,0	(21,9–28,0)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	28,7	(25,6–31,8)	30,4	(27,2–33,7)
Yksinhuoltajat	31,5	(13,1–49,9)	32,7	(23,9–41,5)
Muut yhdessä asuvat	26,4	(18,6–34,2)	25,3	(17,6–33,1)
Yksin asuvat	33,4	(28,6–38,2)	34,1	(29,6–38,7)
p-arvo		0,01		<0,01
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	49,9	(44,7–55,1)	50,7	(44,4–57,0)
Muut yhdessä asuvat	46,3	(17,1–75,4)	55,0	(41,8–68,3)
Yksin asuvat	55,6	(45,0–66,2)	51,8	(47,3–56,3)
p-arvo		0,62		0,85
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	23,9	(21,8–26,0)	26,0	(23,8–28,2)
Työtön	40,6	(34,0–47,2)	36,9	(31,2–42,7)
Eläkkeellä	39,4	(33,1–45,6)	38,0	(31,8–44,1)
Muut	25,3	(9,1–41,5)	30,4	(23,1–37,7)
p-arvo		<0,001		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	32,5	(29,3–35,7)	36,7	(33,6–39,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	32,9	(27,2–38,6)	39,9	(36,2–43,6)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	34,7	(30,8–38,5)	34,7	(31,8–37,7)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	32,0	(28,4–35,5)	32,9	(29,6–36,3)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	25,3	(20,2–30,4)	29,6	(24,2–35,0)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	31,9	(28,5–35,4)	34,0	(30,1–37,8)
p-arvo		0,15		0,02

Liitetaulukko 12. Mahdollinen uniapnea taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	16,4	(14,2–18,6)	5,7	(4,4–6,9)
Keskiaste	16,8	(14,7–19,0)	4,1	(2,7–5,5)
Korkea-aste	14,0	(11,1–16,9)	3,4	(2,2–4,5)
p-arvo		0,30		0,06
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	18,4	(15,2–21,6)	4,0	(2,2–5,8)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	17,6	(15,1–20,0)	4,2	(2,9–5,5)
Yksinhuoltajat	10,2	(-0,9–21,3)	9,9	(3,9–15,9)
Muut yhdessä asuvat	4,8	(0,8–8,7)	5,3	(1,4–9,1)
Yksin asuvat	12,5	(9,5–15,6)	5,1	(3,2–7,0)
p-arvo		<0,01		0,14
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	17,2	(13,4–20,9)	5,6	(2,9–8,3)
Muut yhdessä asuvat	5,1	(-5,0–15,1)	2,4	(-0,7–5,4)
Yksin asuvat	7,4	(2,5–12,3)	3,9	(2,2–5,6)
p-arvo		0,02		0,30
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	15,0	(13,1–16,8)	3,1	(2,3–3,9)
Työtön	19,2	(13,7–24,7)	9,1	(5,3–12,8)
Eläkkeellä	20,6	(15,7–25,5)	8,1	(4,9–11,3)
Muut	11,6	(2,3–20,8)	5,0	(1,5–8,5)
p-arvo		0,13		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	15,4	(12,8–18,0)	3,4	(2,3–4,5)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	12,8	(9,0–16,7)	2,7	(0,5–5,0)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	17,4	(14,0–20,9)	4,0	(2,6–5,5)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	18,7	(15,5–22,0)	3,8	(1,6–5,9)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	14,0	(11,2–16,8)	5,4	(3,2–7,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	15,5	(12,7–18,4)	7,4	(6,0–8,8)
p-arvo		0,19		<0,001

Liitetaulukko 13. Päivittäistupakointi taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	37,0	(33,8–40,3)	24,7	(22,0–27,4)
Keskiaste	29,2	(26,5–31,8)	18,3	(16,0–20,6)
Korkea-aste	18,0	(14,9–21,1)	9,7	(8,3–11,2)
p-arvo		<0,001		<0,001
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	26,2	(23,3–29,2)	13,9	(11,8–16,0)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	30,2	(26,8–33,5)	23,4	(20,4–26,3)
Yksinhuoltajat	34,1	(19,7–48,5)	37,1	(29,7–44,6)
Muut yhdessä asuvat	31,5	(23,8–39,2)	22,9	(15,4–30,4)
Yksin asuvat	46,4	(41,9–50,8)	30,5	(26,4–34,6)
p-arvo		<0,001		<0,001
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	13,3	(10,3–16,2)	2,7	(1,1–4,3)
Muut yhdessä asuvat	21,8	(0,3–43,2)	10,0	(1,9–18,2)
Yksin asuvat	30,7	(23,6–37,7)	6,2	(4,1–8,4)
p-arvo		<0,001		0,02
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	28,0	(26,0–30,0)	20,0	(18,1–22,0)
Työtön	55,8	(49,1–62,4)	30,0	(24,8–35,1)
Eläkkeellä	37,5	(31,1–43,9)	25,6	(19,5–31,7)
Muut	39,5	(26,7–52,2)	17,1	(11,5–22,8)
p-arvo		<0,001		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	28,5	(25,0–32,0)	20,2	(17,9–22,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	29,8	(24,1–35,5)	14,3	(10,2–18,4)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	32,2	(28,4–36,0)	16,4	(13,8–19,1)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	28,8	(23,0–34,6)	13,5	(10,6–16,4)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	28,2	(23,7–32,8)	19,1	(15,1–23,0)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	27,4	(24,5–30,3)	13,7	(11,6–15,7)
p-arvo		0,50		<0,001

Liitetaulukko 14. Itsekäärityjä savukkeita polttavien osuus kaikista savukkeita polttavista taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	25,5	(21,1–29,8)	16,2	(11,9–20,5)
Keskiaste	16,1	(11,9–20,2)	10,5	(6,3–14,6)
Korkea-aste	6,2	(2,3–10,1)	2,3	(0,1–4,5)
p-arvo		<0,001		<0,001
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	11,1	(6,9–15,3)	4,1	(1,1–7,2)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	14,6	(9,8–19,4)	13,1	(8,5–17,8)
Yksinhuoltajat	8,6	(-7,6–24,8)	10,6	(2,3–18,9)
Muut yhdessä asuvat	21,7	(8,6–34,8)	13,5	(1,0–25,9)
Yksin asuvat	30,2	(24,3–36,0)	15,2	(9,5–20,9)
p-arvo		<0,001		0,04
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	9,6	(7,1–12,2)	5,7	(3,5–7,9)
Työtön	47,6	(38,9–56,2)	27,3	(18,0–36,6)
Eläkkeellä	31,2	(19,5–42,9)	19,2	(6,6–31,8)
Muut	17,4	(1,3–33,5)	16,9	(5,7–28,1)
p-arvo		<0,001		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	10,7	(6,8–14,6)	6,0	(2,6–9,3)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	13,2	(0,9–25,5)	9,9	(5,5–14,3)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	16,5	(11,4–21,7)	13,5	(8,5–18,5)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	12,5	(6,2–18,8)	7,0	(1,4–12,6)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	32,3	(23,5–41,2)	14,9	(8,2–21,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	29,0	(22,8–35,2)	16,8	(9,0–24,6)
p-arvo		<0,001		0,04

Liitetaulukko 15. Raittiiden osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	18,8	(16,4–21,2)	36,2	(33,2–39,3)
Keskiaste	12,0	(10,1–14,0)	27,0	(23,8–30,1)
Korkea-aste	9,0	(6,8–11,3)	19,6	(17,0–22,3)
p-arvo		<0,001		<0,001
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	10,3	(7,7–13,0)	18,2	(14,9–21,6)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	8,1	(6,4–9,8)	15,8	(13,4–18,1)
Yksinhuoltajat	11,3	(-0,3–22,9)	14,2	(7,6–20,8)
Muut yhdessä asuvat	24,7	(17,0–32,5)	30,4	(22,3–38,4)
Yksin asuvat	14,3	(10,9–17,6)	18,5	(15,1–21,9)
p-arvo		<0,001		<0,01
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	28,3	(23,7–32,9)	63,3	(57,4–69,2)
Muut yhdessä asuvat	49,4	(27,7–71,2)	80,2	(69,1–91,2)
Yksin asuvat	29,0	(22,4–35,1)	60,6	(56,1–65,1)
p-arvo		0,14		0,02
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	8,3	(6,8–9,7)	13,8	(11,8–15,7)
Työtön	14,5	(9,5–19,4)	24,8	(19,5–30,1)
Eläkkeellä	18,7	(13,7–23,7)	28,2	(22,0–34,4)
Muut	24,6	(10,8–38,4)	21,8	(14,3–29,4)
p-arvo		<0,001		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	11,3	(9,0–13,6)	23,1	(20,2–25,9)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	11,8	(8,6–15,0)	31,3	(26,5–36,0)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	14,0	(11,5–16,4)	26,1	(22,4–29,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	17,7	(13,1–22,3)	35,6	(30,3–40,9)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	13,6	(9,9–17,4)	28,4	(24,5–32,2)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	17,4	(13,5–21,2)	37,1	(32,5–41,7)
p-arvo		0,03		<0,001

Liitetaulukko 16. Elinikänsä raittiiden osuus taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	8,4	(6,4–10,4)	30,9	(28,1–33,7)
Keskiaste	6,2	(4,6–7,7)	23,3	(20,3–26,3)
Korkea-aste	5,0	(3,1–6,8)	16,1	(13,3–18,8)
p-arvo		0,06		<0,001
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	4,7	(3,0–6,5)	15,3	(12,1–18,5)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	4,2	(3,0–5,4)	12,9	(10,6–15,2)
Yksinhuoltajat	3,7	(-3,4–10,8)	7,3	(2,0–12,6)
Muut yhdessä asuvat	16,2	(9,6–22,7)	25,3	(17,6–33,0)
Yksin asuvat	5,1	(2,8–7,4)	13,8	(10,8–16,8)
p-arvo		<0,001		<0,01
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	13,8	(10,1–17,5)	59,9	(53,9–65,9)
Muut yhdessä asuvat	16,9	(-3,0–36,8)	71,7	(59,2–84,3)
Yksin asuvat	15,4	(9,2–21,7)	54,4	(49,8–59,0)
p-arvo		0,87		0,02
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	4,8	(3,7–5,9)	11,5	(9,6–13,4)
Työtön	4,3	(1,6–7,1)	18,3	(13,8–22,8)
Eläkkeellä	7,2	(4,3–10,2)	19,9	(15,0–24,8)
Muut	6,3	(-0,8–13,3)	18,3	(11,1–25,4)
p-arvo		0,30		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	4,5	(3,0–6,0)	18,0	(15,5–20,5)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	5,5	(2,4–8,7)	27,4	(21,5–33,4)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	5,9	(4,1–7,7)	22,4	(18,6–26,3)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	10,1	(6,4–13,9)	31,9	(26,2–37,5)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	5,7	(2,9–8,4)	23,5	(19,6–27,3)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	9,5	(6,4–12,6)	34,3	(30,3–38,3)
p-arvo		<0,01		<0,001

Liitetaulukko 17. Alkoholin keskimääräinen kulutus (g/vrk) alkoholia käyttävillä taustamuuttujien mukaan, 30–64-vuotiaat (ikävakioitu).

	Miehet		Naiset	
	ka	(CI 95 %)	ka	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	22,6	(20,4–24,8)	9,2	(7,7–10,6)
Keskiaste	24,0	(21,6–26,4)	7,8	(6,8–8,7)
Korkea-aste	22,5	(20,1–24,9)	7,8	(7,0–8,6)
p-arvo		0,59		0,26
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	21,8	(19,8–23,8)	7,2	(6,2–8,2)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	22,6	(20,3–24,9)	9,1	(8,1–10,2)
Yksinhuoltajat	25,5	(14,8–36,2)	9,7	(7,1–12,4)
Muut yhdessä asuvat	30,7	(23,5–37,9)	12,0	(7,3–16,7)
Yksin asuvat	31,7	(27,4–36,0)	10,0	(8,5–11,4)
p-arvo		<0,001		0,01
PERHETYYPPI, vähintään 65-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa	12,4	(10,3–14,6)	4,9	(2,9–6,9)
Muut yhdessä asuvat	16,9	(6,1–27,7)	0,9	(-5,1–7,0)
Yksin asuvat	28,3	(18,7–38,0)	4,6	(3,1–6,1)
p-arvo		0,01		0,51
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	22,6	(21,1–24,1)	8,6	(7,9–9,3)
Työtön	38,6	(29,6–47,5)	11,9	(9,2–14,7)
Eläkkeellä	25,2	(21,0–29,4)	8,2	(6,4–10,0)
Muut	27,7	(18,7–36,8)	5,9	(4,5–7,3)
p-arvo		<0,01		<0,001
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	24,5	(22,2–26,9)	8,7	(7,8–9,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	17,3	(14,3–20,3)	7,6	(4,7–10,6)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	26,3	(23,0–29,7)	9,5	(8,1–10,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	19,7	(15,5–23,9)	6,5	(5,3–7,6)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	21,3	(18,3–24,3)	7,9	(6,7–9,0)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	22,9	(19,6–26,1)	6,8	(5,4–8,1)
p-arvo		<0,01		<0,01

Liitetaulukko 18. Alkoholin suurkuluttajien osuus alkoholia käyttävien joukossa taustamuuttujien mukaan (%), 30–64-vuotiaat (ikävakioitu). (Miehet: vähintään 280 g alkoholia viikossa, naiset: vähintään 160 g alkoholia viikossa).

	Miehet		Naiset	
	%	(CI 95 %)	%	(CI 95 %)
KOULUTUS				
Perusaste	16,0	(13,2–18,8)	9,0	(6,3–11,8)
Keskiaste	17,0	(14,3–19,7)	6,9	(4,7–9,1)
Korkea-aste	15,3	(12,4–18,3)	8,7	(6,8–10,6)
p-arvo		0,67		0,42
PERHETYYPPI, 30–64-vuotiaat				
Avio- tai avoliitossa, lapsia	14,7	(12,2–17,3)	6,4	(4,5–8,4)
Avio- tai avoliitossa, ei lapsia	14,7	(12,0–17,3)	9,7	(7,1–12,3)
Yksinhuoltajat	24,5	(10,2–38,8)	9,2	(3,7–14,7)
Muut yhdessä asuvat	25,2	(16,7–33,8)	15,0	(5,8–24,1)
Yksin asuvat	26,9	(21,4–32,4)	11,5	(7,5–15,5)
p-arvo		<0,001		0,08
TYÖMARKKINA-ASEMA, 30–64-vuotiaat				
Koko- tai osapäivätyössä	15,5	(13,6–17,5)	8,4	(6,9–9,9)
Työtön	33,5	(24,9–42,2)	16,1	(9,9–22,2)
Eläkkeellä	18,3	(12,5–24,1)	8,2	(2,5–13,9)
Muut	24,7	(11,5–37,9)	4,1	(0,5–7,8)
p-arvo		<0,001		<0,01
ASUINALUE				
Etelä-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	17,3	(14,3–20,2)	10,8	(8,2–13,4)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	13,0	(7,5–18,4)	6,1	(-0,1–12,3)
Länsi-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	17,9	(14,4–21,4)	10,2	(7,7–12,6)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	11,4	(8,2–14,6)	4,6	(2,3–6,9)
Itä- ja Pohjois-Suomi				
Kaupunkimaiset kunnat	16,7	(11,8–21,6)	7,0	(4,2–9,8)
Taajaan asutut tai maaseutumaiset	17,1	(12,5–21,7)	4,9	(2,4–7,4)
p-arvo		0,11		<0,01

